ROK XI

PIELĘGNIARKA POLSKA

PSPiZ

LIPIEC-SIERPIEŃ 1939 NR 7-8

G.K.

Nad wszystkie poszepty i głosy wynosi się, panuje królewski szum Wisły. Gdy ona zrzuci lody i zagada, cały kraj słucha jej gromkiego huku. Gdy ona potężnym nieokiełzanym pędem się zaniesie, cały kraj drży pod jej srebrną chłostą. Gdy ona idzie a przechodzi w swych wyrocznych drogach, cały kraj czuje, że u jej kresu tam, jest nasze morze... Ona modrym przęsłem wiąże stare Śląsko z nami; opływa dwa koronne zamki naszych stolic, idzie przez pachnące chlebem Kujawy, bieży pod Toruń, którego poczerniałe wieże pełne są jeszcze widzenia wieczności; uderza srebrną tarczą o Chełmno o Grudziądz, o Kwidzyń, budząc je z dziejowego uśpienia, aż dobieżawszy naszych pomorskich dzierżaw, roztwiera oboje ramion i zanim rzuci się w odmęt, potężnym, szerokim od Gdańska po Królewiec uściskiem obejmuje tę ziemię, na której nam wyznaczyła wielką historyczną drogę.

(Maria Konopnicka)

Pielęgniarka Polska Nr 7-8

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 7-8

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Tomasza 37. Konto P K O 409-450

Cena prenumeraty 8 zł rocznie

płatna z góry na cały rok 6 zł, kwartalnie 2 zł, miesięcznie 70 gr.

Redakcja uprasza o rękopisy czytelne, pisane po jednej stronie arkusza. Rękopisów nie zwraca.

Rok XI Lipiec-Sierpień 1939 Nr 7-8

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH
WYCHODZI POD NACZELNĄ REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

O durze osutkowym

Wstęp

Znajomość duru osutkowego, jako schorzenia występującego epidemicznie, sięga czasów bardzo odległych. Epidemia, którą opisuje Tucydydes, a która panowała w Atenach w czasie wojen peloponeskich w V w. przed Chrystusem, była najprawdopodobniej durem osutkowym, jak wskazuje na to opis klinicznego przebiegu tego schorzenia. Z opisami podobnych epidemii spotykamy się w dawniejszych czasach bardzo często, a towarzyszą one zazwyczaj innym wielkim klęskom społeczno-gospodarczym, jak nieurodzaj, głód i t. p., które znowu najczęściej występowały jako skutek działań wojennych. Po raz pierwszy dopiero Fracastoro w XVI. w. opisuje dokładnie dur osutkowy pod nazwą „*febris pestilens*". W Polsce epidemie podobne opisywane też były przez kronikarzy już od połowy XIV stulecia (Długosz), pod różnymi zresztą nazwami polskimi, lub łacińskimi, najczęściej zaś pod wiele mówiącą nazwą „powietrze morowe". Przez dur osutkowy (plamisty, wysypkowy) *(typhus exanthematicus, febris petechialis)* rozumiemy cierpienie o ściśle swoistych objawach chorobowych, występujące nagminnie. Ostatnia wojna, t. zw. światowa, nie oszczędziła także ludzkości klęski epidemii duru osutkowego. W okresie też tej wojny badania nad poznaniem tego schorzenia poczyniły największe postępy.

Warunki szerzenia się i mechanizm zakażania

Najodpowiedniejszymi warunkami dla szerzenia się epidemii duru osutkowego są złe warunki higieniczne, z którymi spotykamy się przede wszystkim wśród proletariatu miejskiego i wiejskiego, w dużych skupieniach ludzkich, jak w więzieniach, przytułkach, w czasie wojny wśród oddziałów wojskowych, zwłaszcza przy niedostatecznym odżywianiu i za-

niedbaniu najprymitywniejszych wymagań higieny, a więc wszędzie tam, gdzie wesz, główny przenosiciel zarazka duru osutkowego, znajduje korzystne warunki rozwoju. Ponieważ zaś wszy rozpowszechnione są na całej kuli ziemskiej, dur osutkowy występuje zarówno na nizinach, jak i w miejscowościach podgórskich i górskich, w klimacie chłodnym, umiarkowanym, oraz tropikalnym. Nie spotykamy go jedynie tam, gdzie warunki higieniczne nie dozwalają na zawszenie ludności.

Zarazek duru osutkowego został odkryty i opisany przez Rickettsa i Prowazeka i dla uczczenia tych badaczy nazwany później przez da Rocha-Lima — Rickettsia Prowazeki.

Ch. Nicolle pierwszy wskazał na rolę wszy w przenoszeniu tego zarazka z osobnika chorego na zdrowego, a więc na rolę jaką przede wszystkim wesz odzieżowa spełnia w szerzeniu się epidemii duru osutkowego.



Wesz odzieżowa

Badania da Rocha-Lima wykazały, że zarazek ten we wszy żyje i rozmnaża się w komórkach nabłonka jelitowego, niszcząc je zupełnie i dostając się w ten sposób do światła jelita. Dalsze badania R. Weigla nad wszami zakażonymi durem osutkowym wykazały, że nie tylko komórki nabłonkowe jelita, ale i kał wszy zakażonych zawiera wielkie ilości zarazka duru osutkowego, t. j. Rickettsii Prowazeki tak, iż preparat mazany sporządzony z kału wszy zakażonej maksymalnie, przedstawia obraz niemal czystej hodowli zarazka. Niewątpliwie też wykazał Weigl, że w mechanizmie zakażenia człowieka durem osutkowym główną rolę odgrywa nie tyle ukąszenie przez wesz zakażoną, ile następowe wtarcie w uszkodzoną podczas drapania skórę wielce zakaźnego kału, który wesz składa na skórze człowieka podczas ssania krwi. Samo t. zw. ukąszenie przez wesz zakażoną nie jest niebezpieczne, gdyż w narządach pyszczkowych ani w śliniankach, jak wykazał Weigl, nie stwierdza się obecności zarazków. Zakażenie więc przez samo ukąszenie miałoby o tyle miejsce, o ile same części pyszczkowe wszy byłyby powalane kałem zakażonym. Zarazek duru osutkowego wykazuje dużą żywotność, jak wykazały badania J. Starzyka; w jelicie wszy zakażonej w warunkach normalnych zarazki żyją jeszcze około jednego tygodnia. Wszy więc takie stanowią też w dużej mierze niebezpieczeństwo zakażenia się durem osutkowym. W suchym kale wszy zakażonych, który przedstawia się jako delikatny ciemno brunatny pył, Rickettsia Prowazeki żyć może około trzech miesięcy. Widzimy więc, jak wielkie niebezpieczeństwo przedstawia ten materiał. H. Mosing i P. Radło wysnuwają w badaniach swoich pewne wnioski na podstawie wiadomości o tej wielkiej żywotności zarazka duru osutkowego, mianowicie w związku z nagłym wybuchem epidemii duru

osutkowego w jesieni tam, gdzie była ona ubiegłej wiosny i to w niedługim czasie po zniesieniu ze strychów lub komór kożuchów i ubrań, których na wiosnę używali chorzy na dur osutkowy. Piszą oni mianowicie: „Nie jest wykluczone, że, jeżeli chory na tyfus plamisty nakrywał się, lub leżał w czasie choroby na kożuchu, wszy zakażone mogły składać kał obfitujący w Rickettsie na włosach kożucha, a w wyjątkowych wypadkach, dzięki specjalnie korzystnym warunkom, zarazki mogłyby może przetrwać przez kilka miesięcy“. Autorowie ci w trzech przypadkach zauważyli, że epidemia w różnych stronach Polski zdawała się mieć istotnie takie źródło.

Obraz kliniczny; leczenie; rekonwalescencja

Okres wylęgania duru osutkowego wynosi 4—23 dni, przeciętnie 14 dni. Początek choroby występuje na pozór nagle, bo już w okresie wylęgania można zauważyć pewne objawy niedomagania, a początek choroby jest niejako tylko wzmożeniem tych niedomagań.

Choroba na ogół zaczyna się dreszczami, silnym bólem głowy, znacznym podniesieniem temperatury, bólem w okolicy krzyżowej, czasem wymiotami. Często występują tylko słabe dreszczyki z ogólnym uczuciem rozbicia, bólami głowy, oraz łamaniem rąk i nóg.

Ból głowy jest najpospolitszym i nieodłącznym objawem okresu początkowego, lokalizuje się on w części czołowej głowy, obejmując także oczodoły. Chory dlatego też niechętnie otwiera powieki, patrzy przed siebie apatycznie z pewnym otępieniem, zazwyczaj występuje też wtedy tak charakterystyczne dla duru osutkowego zapalenie spojówek (oczy królika). Od samego też początku choroby błona śluzowa jamy ustnej i nosowej jest rozpulchniona i zaczerwieniona, błona śluzowa gardzieli, języczka i migdałków wykazuje stan zapalny. Dreszcze są niekiedy bardzo silne, lecz krótkotrwałe, po czym następuje stan rozpalenia. Temperatura w ciągu kilku godzin może podnieść się bardzo wysoko, do 40° lub wyżej i zazwyczaj już przez cały okres podniesionej temperatury, a więc przez około 14 dni, utrzymuje się w granicach 39° do 40°. — Stan chorego w tym okresie pogarsza się.

Objawy zapalne w górnych drogach oddechowych znikają zazwyczaj około 6-tego dnia choroby i w tym też czasie (4-ty — 5-ty dzień) występuje na skórze wysypka swoista (t. zw. osutka) w postaci plamek początkowo nielicznych, lecz bardzo szybko pomnażających się, plamek o charakterze wybroczynek. Zwykle najpierw pojawiają się one na klatce piersiowej, ramionach, na przegubie łokciowym, a w miarę zwiększania się ich ilości, na plecach, na brzuchu, na rękach, na nogach, na szyi, a w przypadkach z obfitą wysypką także na twarzy, na dłoniach i na stopach.

W tym też okresie występuje ogromne osłabienie i rozbicie potęgujące się w miarę postępowania choroby. Równocześnie potęguje się też otępienie psychiczne, które nierzadko przechodzi w brak przytomności, chory leży jak kłoda z otwartymi oczyma, patrząc bezprzytomnie w jeden punkt. Ten stan spokojny może wkrótce zmienić się w napad podrażnienia, podobnego do napadu szału. Chory zrywa się, chce uciekać, często usiłuje wyskoczyć przez okno, rzuca się, bije, wreszcie napad kończy się i przechodzi w stan zupełnego bezwładu, po którym może znowu nastąpić okres podrażnienia. W całym tym okresie chory jest nieprzytomny, niejednokrotnie oddaje mocz

i kał pod siebie, skutkiem czego łatwo mogą powstać odleżyny. Toteż pielęgnacja chorego wymaga wtedy nadzwyczajnej pieczołowitości i czujności, a wobec osłabionego układu krwionośnego i niejednokrotnie występującego zapalenia mięśnia sercowego, oraz zapalenia opon mózgowych, niebezpieczeństwo zagrażające życiu chorego wzrasta niepomiernie. Okres ten może przemijać też znacznie lżej nawet bez utraty przytomności i związanych z tym objawów.

Przy bardzo ciężkim przebiegu choroby pod koniec okresu chorobowego, a więc pod koniec drugiego tygodnia, ogólny stan chorego w przypadkach ciężkich pogarsza się, następuje zatrzymanie moczu, wobec zaś osłabionej funkcji serca, kończyny, przeważnie dolne, stają się zupełnie zimne, przychodzi następnie w nich do wytworzenia się zgorzeli zwykle obustronnej, symetrycznej. Oddech jest bardzo częsty i powierzchowny, temperatura albo podnosi się, albo też spada gwałtownie, jest to już objaw bardzo groźny, prowadzący do zapaści, po czym przy braku odpowiedniego ratunku następuje śmierć. Zazwyczaj jednak przebieg tego okresu jest lżejszy i pod koniec drugiego tygodnia okresu gorączkowego chory uspokaja się, oddech wyrównuje się, temperatura spada, chorego ogarnia ogromne osłabienie, senność, niemożliwość prawie wykonania jakiegokolwiek ruchu, po czym powraca apetyt, zwiększa się ilość oddawanego moczu, tętno staje się powolne i wreszcie przychodzi okres rekonwalescencji.

Leczenie swoiste chorych na dur osutkowy surowicą ozdrowieńców nie znalazło szerszego zastosowania. Pozostaje zatem wyłącznie leczenie higieniczno-dietetyczne: leżenie w łóżku w często przewietrzanym pokoju, chorego należy często przewracać, aby zapobiec tworzeniu się odleżyn, wskazana też jest staranna pielęgnacja skóry. Szczególnie należy zwrócić uwagę na serce, podając leki sercowe i pobudzające. W razie znacznego podniesienia się temperatury wskazane są chłodne zawijania i leki przeciwgorączkowe. W okresie rekonwalescencji należy w dalszym ciągu czuwać nad stanem serca i usilnie odżywiać ozdrowieńca.

Okres rekonwalescencji zależny jest w pierwszym rzędzie od konstytucji osobnika i trwać może przez czas dłuższy lub krótszy. W tym okresie nie grożą już przeważnie żadne powikłania, natomiast zjawia się bardzo często przejściowe przytępienie słuchu, które może też pojawić się już w drugiej połowie okresu gorączkowego. Po pewnym czasie objawy ze strony narządu słuchu mijają. Pozostaje natomiast duże osłabienie ogólne tak, że dopiero po około 5—7 dniach po spadku temperatury chory może usiąść na łóżku, a po okresie 10—15 dni mogą rozpocząć się pierwsze próby chodzenia. Chodzenie sprawia wówczas ogromną trudność z powodu niezborności ruchów, ogólnego osłabienia, bólów mięśniowych i zawrotów głowy. Apetyt wzmaga się niezmiernie już w kilka dni po spadku temperatury, chory odczuwa ciągle głód bez względu na porę dnia czy nocy. Jest to objaw bardzo korzystny, gdyż rekonwalescenci skutkiem częstego spożywania dużych ilości pokarmu, który powinien być lekki i pożywny, pomimo trwającego osłabienia w krótkim stosunkowo czasie powracają do wyglądu normalnego, a nawet nierzadko zaczynają tyć.

Naturalnie, jeżeli w okresie gorączkowym lub rekonwalescencji wystąpią powikłania, czy to zapalenie mięśnia sercowego, czy zapalenie wsierdzia, czy też sprawy ropne w stawach i gruczołach, zakrzepy żylne, zgorzel

części kończyn, zapalenie ucha środkowego, zapalenie opon mózgowych, zapalenie opłucnej, lub wreszcie odnowienie starych ognisk gruźliczych, wówczas sprawa rekonwalescencji odbiega od obrazu normalnego i rokowanie jest zupełnie inne, zależne od rodzaju komplikacji.

Rozpoznanie

Rozpoznawanie choroby w czasie epidemii jest do chwili pojawienia się wysypki często niemożliwe; w obecności zaś wysypki bywa znacznie łatwiejsze. Wysypka tylko początkowo tworzy plamki żywo czerwone, znikające pod naciskiem, które po kilkunastu godzinach brunatnieją i pod naciskiem już nie znikają; są to teraz właściwe wybroczynki punkcikowate. Plamki te są ułożone gęsto obok siebie, o niewyraźnych konturach i często zlewające się ze sobą, przy czym skóra może przybrać wygląd marmurkowaty. O rozpoznaniu decyduje próba Weil-Felixa, polegająca na tym, że surowica chorego na dur osutkowy zlepia pałeczki odmieńca X_{19} *(baccilus proteus* X_{19}*)*, które przy durze osutkowym możemy wyhodować z moczu chorego. Próba Weil-Felixa wypada dodatnio przy końcu pierwszego tygodnia okresu gorączkowego. Ażeby odróżnić dur osutkowy od duru brzusznego, należy wziąć pod uwagę pewne dane kliniczne. Temperatura w durze osutkowym podnosi się szybko, okres gorączkowy trwa około 14 dni, po czym następuje przełom (kryzys); w durze brzusznym temperatura podnosi się powoli przez 3—6 dni, okres gorączkowy trwa 3—5 tygodni, a spadek temperatury jest powolny. Wysypka w durze osutkowym zjawia się na 4—5 dzień i ma charakter wybroczynek, przy czym charakterystyczne jest jej umiejscowienie; wysypka duru brzusznego zaś ukazuje się dopiero około 9-tego dnia, jest żywo czerwona i pojawia się przeważnie na brzuchu i dolnej części klatki piersiowej. Objawy ze strony przewodu pokarmowego w durze wysypkowym występują rzadko, w brzusznym zawsze, objawy mózgowe natomiast zdarzają się częściej w durze osutkowym niż w brzusznym. Decydującym jest jednak badanie krwi i dlatego w pierwszym rzędzie należy pobrać od chorego krew i przesłać ją natychmiast do zbadania serodiagnostycznego.

Walka z epidemią

Chcąc podjąć walkę z epidemią duru osutkowego, musimy w pierwszym rzędzie stanąć do walki z wszawicą, musimy starać się zniszczyć tego najważniejszego i bodaj że jedynego bezpośredniego przenosiciela i szerzyciela tej epidemii. Odwszawianie ludności w środowisku, gdzie rozpoczyna się epidemia, musi być odwszawianiem masowym, gdyż dotyczyć musi ono nie tylko tych, którzy już ulegli zakażeniu, ale i wszystkich osobników z otoczenia chorych, ponieważ musimy podejrzewać, że znajdują się oni w okresie wylęgania choroby. Osobnicy ci stanowią nawet groźniejsze niebezpieczeństwo, gdyż chory właśnie w pierwszych dniach choroby najsilniej zakaża wszy. Walka z wszawicą musi też postępować jak najszybciej, gdyż biorąc pod uwagę okres rozwoju wszy, t. j. okres potrzebny na to, aby ze złożonego jaja rozwinęła się wesz dojrzała, zdolna do składania nowych jaj, to wynosi on zaledwie około 12 dni. Toteż wyniszczenie wszy nie powinno zająć więcej czasu, niż trwa ten okres.

Okres rozwoju wszy zbiega się z okresem wylęgania choroby, pośpiech więc w walce z wszawicą jest pierwszym warunkiem i wszelkie starania muszą iść w tym kierunku, aby na świeżych chorych nie było wszy. Przecią-

ganie się walki z wszawicą w danym środowisku epidemicznym ponad dwa tygodnie niweczy wszelkie zabiegi dążące do zwalczenia epidemii tą drogą, gdyż rodziny odwszone z wielkim nakładem pracy i kosztów po upływie tego czasu ulegają powtórnemu zakażeniu, którego pomimo ostrożności i zarządzeń ochronnych praktycznie w żadnych warunkach nie da się uniknąć. Ten więc sposób walki z epidemią duru osutkowego prowadzi do celu tylko wówczas, jeżeli możliwy jest jak największy pośpiech w przeprowadzeniu dezynsekcji, a więc w niewielkich skupieniach ludzkich, łatwych do izolacji i przy użyciu najskuteczniejszego środka dla walki z wszawicą, jakim jest dezynsekcja cyjanowodorowa.

Ważnym też momentem w walce z rozprzestrzenianiem się epidemii jest utrzymanie wśród ludności odpowiedniej czystości przez masowe kąpiele, golenie zarostu, odwszawianie ubrań chwilowo nienoszonych. Należy przy tym pamiętać, że nie wystarczy tylko samo zabicie wszy, bo, jak już wyżej wspomniałem, zarazek duru osutkowego ma daleko większą żywotność i żyje w jelicie wszy jeszcze po jej zabiciu, a w kale złożonym na ubraniach żyć może jeszcze bardzo długo. Dlatego też oprócz dezynsekcji trzeba przeprowadzić dokładną dezynfekcję dla zniszczenia zarazka, który tak łatwo może być wtarty w skórę, czy też może dostać się do worka spojówkowego oka i wywołać zakażenie nawet już po wygaśnięciu epidemii wzniecając ją na nowo.

Duże też znaczenie w walce z epidemią duru osutkowego ma ograniczenie albo wręcz zamknięcie ruchu ludności w ogniskach epidemii, izolacja chorych i t. p. W rozwlekaniu epidemii dużą rolę odgrywają włóczędzy i żebracy, a także handlarze szmatami i starzyzną, przenosząc nieraz chorobę do miejsc bardzo odległych od miejsca epidemii.

Spostrzeżenia powyższe nasuwają nam myśli, że jednak sama walka z wszawicą, poprawa warunków higienicznych, zarządzenia sanitarne władz i t. p. nie są w stanie uchronić społeczeństwa od niebezpieczeństwa epidemii w razie zaistnienia niekorzystnych warunków socjalnych, sprzyjających rozwojowi epidemii tym bardziej, że na terenie naszego państwa w województwach wschodnich mamy cały szereg miejscowości, a nawet powiatów, gdzie nigdy nie wygasają endemiczne ogniska duru osutkowego. Toteż szereg uczonych, zajmujących się sprawą duru osutkowego, skierowało swe badania w kierunku opracowania metody i wytworzenia czy to surowicy, czy też szczepionki ochronnej, która by zabezpieczyła człowieka przed zakażeniem na dłuższy okres.

Szczepionka Weigla

Ogólnie wiadomą jest rzeczą, że przebycie duru osutkowego nawet o bardzo lekkim przebiegu uodparnia przeciwko tej chorobie zazwyczaj na bardzo długi okres, praktycznie rzecz biorąc na całe dalsze życie. W wyjątkowych wprost tylko wypadkach może się zdarzyć powtórne zachorowanie na dur osutkowy i to dopiero po szeregu lat. Powstawanie takiej odporności polegające na wytworzeniu w organizmie swoistych przeciwciał po przebyciu duru osutkowego, nasuwa zupełnie jasno myśl, że przy użyciu odpowiednich metod, można też i sztucznie wywołać w organizmie ludzkim znaczną odporność, co też było impulsem dla szeregu badaczy opracowania sposobu czynnego uodpornienia przeciwko durowi osut-

kowemu. Wśród licznej literatury spotykamy opisy wielu prób opracowania metody zarówno biernego, jak i czynnego uodpornienia. Stosowano w tym celu różne metody, jak szczepienie żywym zarazkiem odpowiednio osłabionym, uodpornienie przy pomocy surowicy ozdrowieńców, następnie uodpornienie czynno - bierne, polegające na wprowadzeniu do ustroju, uodpornionego już częściowo surowicą ozdrowieńca, zakaźnej dawki Rickettsii Prowazeki, w końcu zaś metodę uodpornienia przez szczepienie małymi niezakaźnymi dawkami zarazka żywego, powtarzanymi szereg razy. Wszystkie te metody jednak nie dały oczekiwanych rezultatów. Szereg też żmudnych badań szło w kierunku wynalezienia sztucznej pożywki dla zarazka duru osutkowego, gdyż najprostszym sposobem wyrobu szczepionek bakteryjnych jest sposób wyrabiania ich z hodowli zarazka otrzymanego na takich pożywkach. Niestety badania te spełzły na niczym i sprawa sztucznej pożywki dla zarazka duru osutkowego nadal jest kwestią otwartą. Rickettsia Prowazeki przeniesiona na sztuczną pożywkę traci zupełnie i bezpowrotnie swoją zjadliwość, a co za tym idzie i swoje zdolności uodparniające, lub też nie rośnie na pożywkach wcale.

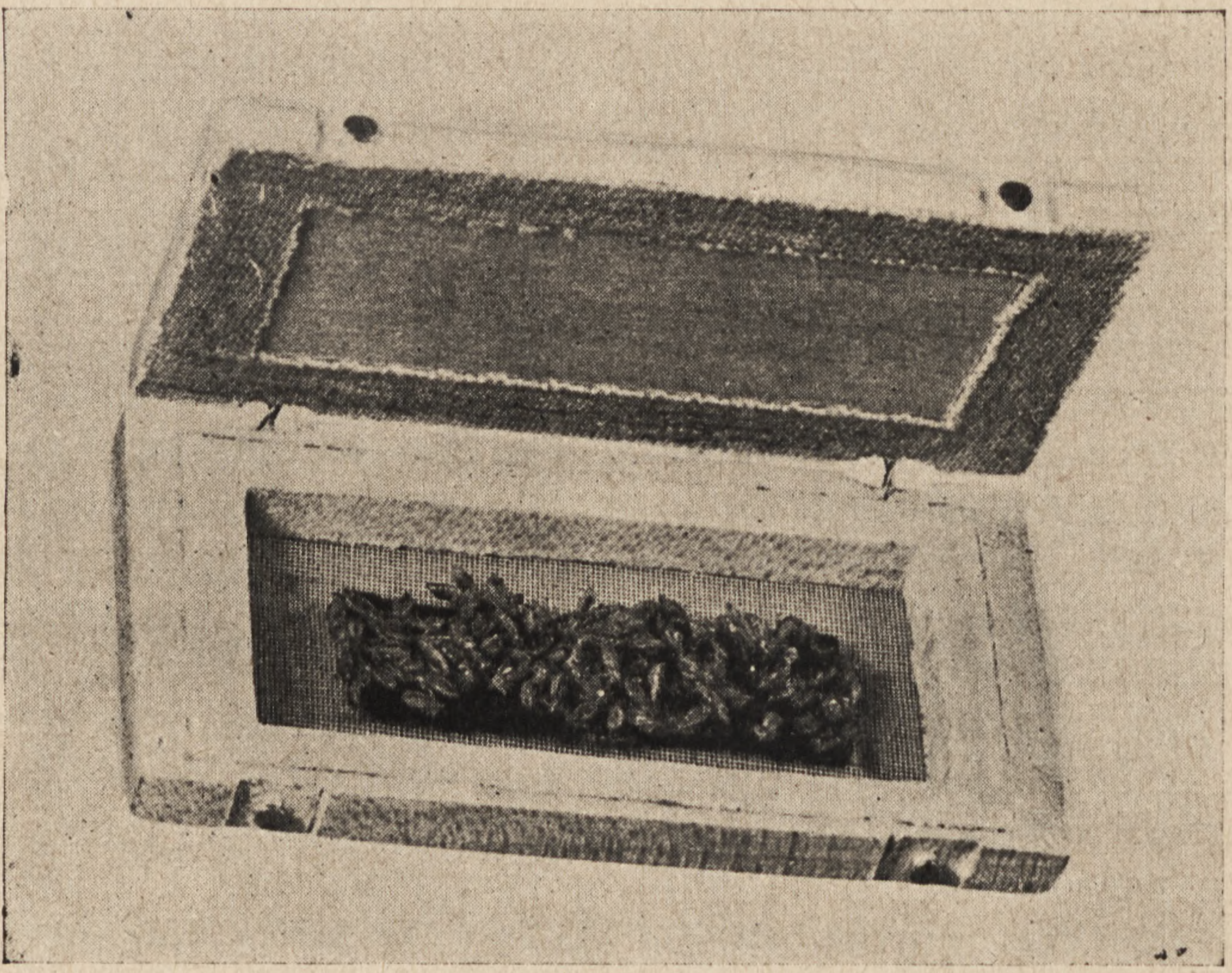
Genialnymi w swoich następstwach okazały się badania Prof. Dr. Rudolfa Weigla ze Lwowa. Wykorzystał on bowiem do swoich celów wesz, tego nosiciela i przenosiciela duru osutkowego, w której nabłonku jelitowym zarazek ten żyje i rozwija się. Stwierdził przy tym, że Rickettsia Prowazeki w nabłonku jelita wszy, który jest jedyną sui generis pożywką dla tych drobnoustrojów, nie traci żadnej ze swych cech biologicznych. Jelito wszy maksymalnie zakażonej przedstawia jakby woreczek wypełniony czystą hodowlą zarazka duru osutkowego, gdyż komórki nabłonkowe jelita, w których zarazek ten w bardzo szybkim tempie rozmnaża się, ulegają w końcu zupełnemu zniszczeniu, a zawartość ich, t. j. czysta hodowla zarazka duru osutkowego dostaje się do światła jelita. Ważnym momentem w tym wszystkim jest też fakt, że jelito wszy nie zawiera żadnych innych drobnoustrojów. Jelita wszy nie można uważać za pożywkę sztuczną, jest to naturalne środowisko zarazka duru osutkowego, gdyż, jak wiemy, wesz właśnie jest głównym etapem w przenoszeniu zarazka tego schorzenia. Jelito więc wszy maksymalnie zakażonej roztarte w płynie fizjologicznym daje kroplę czystej zawiesiny Rickettsii Prowazeki. Jest to najidealniejszy materiał do wyrobu szczepionki ochronnej.

Powyższe fakty wykorzystał Weigl dla swoich bezcennych badań, uwieńczonych wspaniałym rezultatem. Opracowuje on metodę wyrobu szczepionki z jelit wszy zakażonych durem osutkowym. W tym celu zakłada w lwowskim Instytucie pierwszą w świecie hodowlę wszy odzieżowej i to od razu na wielką skalę, aby móc rozporządzać odpowiednim jakościowo i ilościowo materiałem.

Wszy hodowane są w stałej temperaturze 35—36° C. w odpowiednich cieplarkach zamknięte w specjalnych „klateczkach“ przypominających pudełka od zapałek, których jedną dużą ścianę stanowi gęsta gaza jedwabna. W klateczkach tych znajduje się kawałeczek sukna, na które wszy składają, jak w warunkach normalnych, jajka, z których wyhodowuje się dalsze pokolenia.

Po dojściu wszy do okresu dojrzałości płciowej, a więc po 8-miu do 12-tu dniach, oddaje się je do zakażenia durem osutkowym. Zakażenie wszy

odbywa się drogą lewatywy przy pomocy idealnie cienkiej rurki szklanej, t. zw. kapilary, do której nabiera się zawiesiny Rickettsii Prowazeki sporządzonej z jelit wszy maksymalnie zakażonych, roztartych i rozcieńczonych w płynie fizjologicznym. Rurkę taką, na końcu obtopioną celem uniknięcia skaleczenia jelita wszy, wprowadza się do odbytu wszy normalnej, zdrowej i pod ciśnieniem sprężonego powietrza ze strzykawki, lub specjalnego aparatu tłoczącego powietrze, wtłacza się ostrożnie zawiesinę do jelita wszy. Po tym zabiegu wszy zamyka się znowu do klateczek w ilości 200—400 sztuk i hoduje się je w cieplarkach podobnie jak wszy zdrowe.



Otwarta klateczka z wszami

Tak wszy normalne jak i zakażone durem osutkowym muszą być naturalnie żywione, a ponieważ pożywieniem ich jest, jak wiadomo, krew ludzka, toteż szereg „karmicieli“ dwa razy dziennie przywiązuje na skórę swoich rąk, czy nóg klateczki z wszami zwrócone gazą do ciała. Przez otworki w gazie wszy wkłuwają swoje narządy pyszczkowe w skórę karmicieli, aby ssać krew. Zajęcie karmiciela jest więc jednym z najprzykrzejszych i najwięcej zaparcia się wymagających zajęć. Karmienie wszy zakażonych durem osutkowym przedstawiałoby dla ludzi nieuodpornionych przeciwko temu schorzeniu ogromne niebezpieczeństwo, toteż funkcję tę mogą spełniać tylko ci ludzie, którzy albo uprzednio przeszli dur osutkowy, lub też zostali przeciwko niemu uodpornieni szczepionką Weigla.

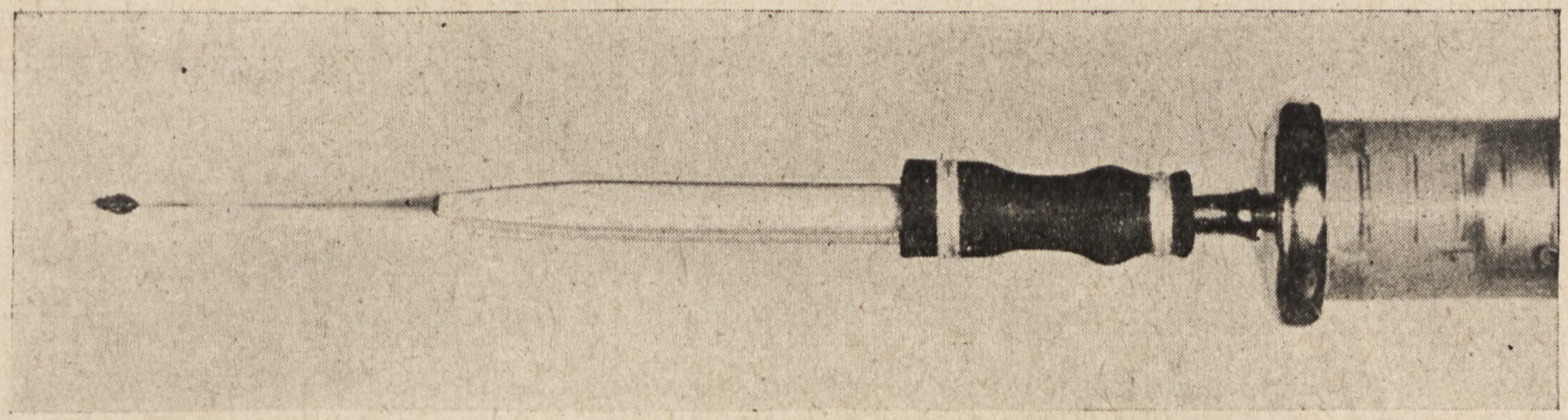
Czas potrzebny dla maksymalnego rozwoju Rickettsii w jelicie wszy zakażonych wynosi około 5—8 dni, po czym wszy zostają zabite 0,5% roztworem fenolu (kwasu karbolowego) w płynie fizjologicznym i oddane do rąk preparatorów.

Praca preparatów polega na wypreparowaniu z wszy jelita, będącego zbiornikiem czystej hodowli zarazka duru osutkowego. Jelito wszy dorosłej, maksymalnie zakażonej zawiera, według zapodań Weigla, 10—100 milio-

nów Rickettsii. Praca preparatorów wykonywana jest sterylnie, a jelita wszy poddane są następnie dalszej obróbce polegającej na odpowiednio dokładnym roztarciu ich i rozcieńczeniu tej prawie idealnej rozcierki płynem fizjologicznym z dodatkiem 0,5% fenolu. Następnie zawiesina taka oczyszczana jest jeszcze przez przepłukiwanie i odwirowywanie, aż w końcu przedstawia czystą zawiesinę bakteryjną zawierającą zabite Rickettsie 100 jelit wszy w 1 cm^3; jest to roztwór macierzysty, który rozcieńcza się dopiero odpowiednio i rozlewa się do ampułek o zawartości 1 cm^3. Zakażenie wszy, oraz wypreparowywanie jelit odbywa się przy użyciu odpowiednich lup stereoskopowych.

Szczepionka Weigla stosowana jest w trzech dawkach po 1 cm^3 w odstępach 3—6 dniowych.

Zawartość Rickettsii w każdej następnej dawce wzrasta i tak w pierwszej odpowiada ilości 15 jelit wszy zakażonych, w drugiej 30, a w trzeciej



Natryskiwanie wszy zawiesiną zarazka duru osutkowego

45 jelit. Jeżeli chodzi o ilościową zawartość poszczególnych dawek szczepionki pod względem Rickettsii, to w przybliżeniu przedstawiałoby się to następująco:

pierwsze	szczepienie	15	wszy	625,000.000	Rickettsii
drugie	„	30	„	1.250,000.000	„
trzecie	„	45	„	1.875,000.000	„

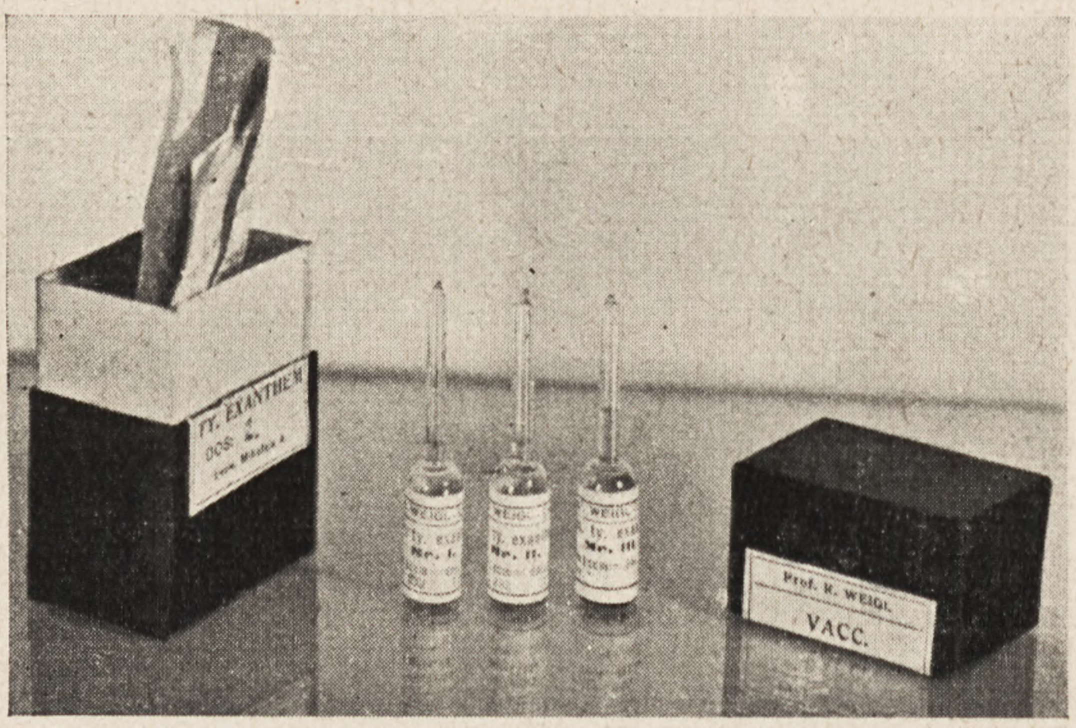
Reakcja u człowieka po szczepieniu przeciw durowi osutkowemu szczepionką Weigla sprowadza się do tych samych objawów, jakie widzimy po stosowaniu innych szczepionek bakteryjnych, jak np. szczepionki przeciwcholerycznej, tyfusu brzusznego, lub czerwonki. Występuje więc słaby odczyn miejscowy w okolicy wkłucia, krótkotrwałe zaczerwienienie, obrzęk i lekka bolesność. Przy stosowaniu bardzo dużych dawek Rickettsii, jakie stosowane były dawniej w okresie prób, występowała też lekka niedyspozycja ogólna, ból głowy, a nawet nieznaczne podniesienie temperatury.

Przy masowej hodowli wszy zakażonych zarazkiem duru osutkowego ma się do czynieenia z bardzo wielką ilością kału składanego przez te wszy. Na preparatach sporządzonych z takiego kału widzi się też ogromne ilości Rickettsii. Badania Weigla wykazały, że kał wszy zakażonych wstrzyknięty zwierzętom doświadczalnym wywołuje u nich powstawanie specyficznych ciał odpornościowych oraz, że nadaje się on również do reakcji serologicznych.

Na polecenie prof. Weigla zająłem się sprawą kału wszy zakażonych wspólnie z H. Mosingiem, aby zbadać, czy materiał ten nie nadawałby się

również do czynnego uodpornienia przeciwko durowi osutkowemu. Badania nasze wykazały, że Rickettsie konserwują się w suszonym kale wszy bardzo dobrze, a wykazać mogliśmy je w kale z przed sześciu lat, co jest zresztą zrozumiałe, gdyż metoda konserwowania wrażliwych bakterii na nitkach napojonych krwią jest znana, jako jedna z najlepszych, a przecież kał wszy jest nie czym innym, jak właśnie przetrawioną przez nie krwią. Po opracowaniu metody otrzymaliśmy szczepionkę, która dawała zupełną odporność u zwierząt, nie wywołując żadnej silniejszej reakcji lokalnej, ani ogólnej. Próby przeprowadzone na ludziach dały też wyniki pozytywne.

Szczepionka Weigla przeciw durowi osutkowemu zachowuje swoją siłę odpornościową stosunkowo bardzo długo, jeżeli przechowywana jest w temperaturze niskiej, bliskiej 0°, a więc np. w lodowni. W doświadczeniach



Seria szczepionki Weigla przeciw durowi osutkowemu

Weigla okazało się, że szczepionka odpowiednio przechowana nawet po trzech latach wykazuje zupełnie taką samą skuteczność, jak szczepionka świeżo sporządzona. Ta długotrwałość szczepionki Weigla jest wprost wyjątkowa, w porównaniu z trwałością innych szczepionek bakteryjnych.

Co dotyczy skuteczności szczepionki Weigla to stwierdzić należy, że jest ona najidealniejszą szczepionką przeciw durowi osutkowemu i że w tym kierunku na żadne ulepszenie liczyć już nie możemy. Działanie odpornościowe szczepionki Weigla obliczone jest na okres 2—3 lat, po czym szczepienie powinno być powtórzone.

Produkcja szczepionki stoi dzisiaj na bardzo wysokim poziomie tak ilościowym, jak i technicznym, co stanowi gwarancję opanowania i zwalczenia groźnej epidemii, a na wypadek wojny da tak szeregom naszej armii, jak personelowi sanitarnemu, a także ludności cywilnej rękojmię uniknięcia tej klęski, jaką jest epidemia duru osutkowego.

Bronisław Chrzanowski
(Lwów)

Lwowski Dom Posanatoryjny „C” dla młodzieży akademickiej

Opieka Zdrowotna Lwowskich Szkół Akademickich *), przeprowadzając badania kandydatów na wyższe uczelnie, oraz badając Domy Akademickie stwierdziła, że jest duży procent młodzieży zagrożonej gruźlicą lub chorej na tę chorobę. Wychodząc jednak z założenia, że gruźlica nie zawsze jest przeszkodą w studiach i że może być leczona, postanowiono chorym studentom przyjść z pomocą przez stworzenie odpowiedniego domu.

Do istniejących we Lwowie Domów Akademickich przyjmuje się studentów, podzielonych na dwie grupy: „A“ i „B“. Do grupy „A“ należą studenci zupełnie zdrowi, do grupy „B“ — studenci zagrożeni gruźlicą lub z otoczenia gruźliczego. Studentów z tej grupy umieszcza się w osobnych, jasnych, przestronnych pokojach, pojedyńczo lub z kolegami o odpowiednim stanie chorobowym. Dla poważniej chorych natomiast Opieka Zdrowotna dawała pewną subwencję na wynajęcie odpowiedniego mieszkania. Przyjęcia do Domów Akademickich załatwia Akademicka Przychodnia Przeciwgruźlicza, wydając zaświadczenia na odpowiednio kolorowych kartkach.

Jeżeli stan kandydata na wyższe uczelnie jest tak ciężki, że nie może on być przyjęty, wówczas Opieka Zdrowotna rejestruje go w przychodni i wysyła na leczenie do sanatorium lub kliniki na własny koszt studenta. Z nowym rokiem akademickim dany student może ponownie ubiegać się o przyjęcie, o ile stan jego zdrowia na to pozwala, co przy racjonalnym leczeniu zawsze jest możliwe. Natomiast jeżeli student zachoruje podczas studiów, to Opieka Zdrowotna udziela pewnych zasiłków na leczenie w zakładach i sanatoriach. Każdy przypadek pozytywny pozostaje pod ścisłą kontrolą przychodni. Gruźlica jako choroba bardzo przewlekła i wymagająca troskliwej opieki lekarskiej jest kosztowna i trudna w leczeniu, dlatego przy wysyłaniu chorych do zakładów leczniczych wysunął się problem: gdzie ich umieścić i jak stworzyć im odpowiednie warunki do dalszego leczenia po powrocie z zakładów bez przerywania studiów, oraz jak zapobiec temu, by poza wykładami chorzy jak najmniej stykali się z kolegami zdrowymi.

Pobyt w sanatoriach lub w zakładach leczniczych nie może być skuteczny, jeżeli pacjent po wyjściu z nich wraca do tych samych złych warunków, z których wyszedł, nie mając możności nawet prymitywnego zachowania higieny osobistej i otoczenia, mniej więcej racjonalnego odżywiania, nie mówiąc już o lekarstwach i odpowiednich mieszkaniach. Biorąc to wszystko pod uwagę, Zarząd Opieki Zdrowotnej uchwalił przyjść z pomocą

*) Ob. artykuł prof. H. Halbana: Kilka słów o opiece zdrowotnej lwowskich szkół akademickich „Pielęgniarka“ nr 8—9—10 1932, oraz artykuł Jadwigi Batyckiej: Mieszkanie a gruźlica. Z Przychodni Przeciwgruźliczej Opieki Zdrowotnej lwowskich szkół akademickich, „Pielęgniarka“ nr 10, 1935. (Przyp. Red.).

w pierwszym rzędzie tym właśnie powracającym z zakładów studentom przez roztoczenie nad nimi opieki posanatoryjnej. Z początku umieszczano ich w dobranych, wynajętych mieszkaniach, roztaczano nad nimi stałą opiekę lekarską i pielęgniarską (lekarz i pielęgniarka z Przychodni Przeciwgruźliczej). Jednak wzrastający procent zachorowań przyczynił się do tego, że zastanowiono się nad koniecznością stworzenia specjalnego domu posanatoryjnego, gdzie by studenci, nie przerywając swych studiów, mogli się odpowiednio leczyć. Temat ten obszernie omawia Dr. St. Hornung w swej publikacji p. t. „Zagadnienie mieszkaniowe w walce z gruźlicą wśród młodzieży akademickiej".

W roku 1934 z inicjatywy ś. p. prof. H. Halbana został otwarty Dom Posanatoryjny „C" we Lwowie przy ul. Pijarów 35. Mieści się on w dwu



Pokój dwuosobowy

budynkach: frontowym 1-piętrowym i w 3-piętrowych oficynach. Ogółem miejsc jest 82, w tym 13 dla studentek. Ponieważ kobiet na wyższe uczelnie zapisuje się znacznie mniej niż mężczyzn i to przeważnie z rodzin zamożniejszych, gdzie higiena i warunki materialne są zadowalające, dlatego wśród studentek gruźlica nie jest tak rozpowszechniona jak między studentami.

Przyjęcia kandydatów do Domu „C" przeprowadza Opieka Zdrowotna przez Przychodnię Przeciwgruźliczą. Każdy nowoprzyjęty podpisuje regulamin, który musi sumiennie wykonywać, gdyż przekroczenie przepisów pozbawia studenta prawa mieszkania w Domu „C".

Studenci zamieszkują pokoje jedno lub dwuosobowe, podzieleni na odpowiednie grupy chorobowe. Całkowita miesięczna opłata wynosi 75 zł. Na opłacenie tej kwoty Opieka Zdrowotna przyznaje częściowe stypendium zwrotne, do zwrotu którego studenci zobowiązują się w okresie późniejszym (po studiach). Wysokość stypendium ustala Zarząd Opieki według zamożności danego studenta lub studentki. Różnicę natomiast student płaci gotówką w Zarządzie Domu „C" do każdego 5-go dnia miesiąca.

Oprócz mieszkania z opałem, światłem, pościelą, bielizną pościelową, sprzątaniem i dwurazową kąpielą w tygodniu, studenci dostają całkowite pięciorazowe utrzymanie, opiekę lekarską i pielęgniarską.

Posiłki podaje się we wspólnej jadalni, gdzie każdy student ma swoje wyznaczone miejsce. Miejsca wyznacza się według stanu zdrowia studentów. Ponieważ do Domu Posanatoryjnego przyjmuje się nie tylko chorych na gruźlicę płuc, ale i na jej inne postacie (jak gruźlica nerek, kości), dlatego prowadzona jest w nim kuchnia dietetyczna pod kierownictwem wykwalifikowanej dietetyczki. Do kuchni poza personelem służbowym nikt nie ma wstępu. Potrawy z kuchni przez specjalne okienko podaje się do kredensu,



Czytelnia

skąd znowu przez okienko wydaje się je na jadalnię, gdzie służba roznosi je między kuracjuszy. Brudne naczynie wraca innym okienkiem do zmywalni, tam po uprzednim wysterylizowaniu i kilkakrotnym myciu wraca do kredensu. Dom posiada czytelnię z biblioteką i różnymi czasopismami, uczelnię ze stołami kreślarskimi dla studentów Politechniki oraz salonik, gdzie studenci mogą przyjmować gości, a który na niedziele i święta za pomocą rozsuwanej ściany zamienia się na kaplicę.

Wszystkie pokoje są umeblowane jednakowo według ustalonego systemu. Dla palących istnieje specjalna palarnia, gdyż palenie papierosów w pokojach jest niedopuszczalne.

Lekarz ftizjolog mieszkający na miejscu, pełni opiekę lekarską nad studentami, a prócz tego jest odpowiedzialny za całą administrację. Studenci mieszkający w Domu „C“ muszą bezwzględnie podlegać wszystkim zarządzeniom lekarza co do ich stanu zdrowotnego. Jeżeli lekarz uzna, że wyjazd na leczenie klimatyczne jest konieczny, student bezwarunkowo musi wziąć urlop z uczelni lub nawet przerwać studia i wyjechać na czas określony. Dom „C“ jest w stałym kontakcie z oddziałem gruźliczym Kliniki Chorób

Wewnętrznych U. J. K., z Sanatorium Bratniej Pomocy Studentów w Zakopanem, i prewentorium w Mikuliczynie.

Oprócz zdjęć rentgenowskich i prześwietlań, wszelkie zabiegi wykonuje się w Domu „C“. Dwa razy w tygodniu prześwietla się pacjentów, poprzednio wyznaczonych, w Przychodni Przeciwgruźliczej Opieki Zdrowotnej. Studenci nie wykazujący objawów chorobowych są badani i prześwietlani co 4—6 tygodni. W stanach wymagających troskliwszej opieki lekarskiej, badania są częstsze. Na tydzień przed każdym badaniem chory dostaje kartę gorączkową i termometr, musi mierzyć dwa razy dziennie temperaturę i wykreślać jej krzywą. Na dwa, trzy dni przed każdym badaniem, choremu pobiera się krew na odczyn Biernackiego. Waga mieszkańców jest ściśle co tygodnia kontrolowana i w razie jej spadku, lekarz zaleca dodatkowe odżywianie lub środki wzmacniające połączone z dodatkowym werandowaniem. Dwa razy na tydzień rano dopełnia się wyznaczone odmy.

Praca pielęgniarki w tej instytucji jest bardzo urozmaicona. Poza zajęciami przy lekarzu jak przygotowanie i pomoc przy odmach, OB, punkcjach, badaniach i t. p. pracuje w laboratorium, badając plwocinę na prątki Kocha (każdy mieszkaniec Domu musi mieć kilkakrotnie zbadaną plwocinę) i na włókna elastyczne, mocz, krew cytologicznie itp. Prowadzi również pokój zabiegowy, gdzie robi się wszelkie zabiegi jak: zastrzyki, sondowanie, masaże, różne okłady, opatrunki, gdzie się waży studentów itp. O pracy przy chorych leżących, z krwotokami lub innymi chorobami pisać nie będę, gdyż każda pielęgniarka wie, jak ta praca wygląda. Pielęgniarka pomaga lekarzowi w prowadzeniu kart badań lekarskich przez wpisywanie wag, wyników OB, temperatur, diet. Poza pracą w pokojach lekarskich wypisuje relewy do kuchni, według wskazówek lekarza zarządza zmianą diet. Uważa, żeby studenci przestrzegali regulaminu, pilnuje aby odpowiednio stosowali wszelkie zlecenia lekarza. W godzinach ciszy poobiedniej od 14—16-tej sprawdza czy wszyscy werandują.

Do pielęgniarki należy kancelaria, gdzie prowadzi kasowość, meldunki studentów, załatwianie poczty i całą administrację związaną z domem. Służba porządkowa podlega bezpośrednio pielęgniarce, ona też jest odpowiedzialna za czystość i porządek w całym Domu „C“.

Raz na trzy miesiące służba jest badana i prześwietlana, czego pilnuje pielęgniarka, jak też czystości osobistej służby.

Lwowski Akademicki Dom Posanatoryjny jest pierwszą instytucją tego typu nie tylko w Polsce, ale i za granicą. Dotychczas wyniki lecznicze i wychowawcze są jak najbardziej zachęcające i powinny zainteresować inne polskie środowiska uniwersyteckie, w których opieka nad młodzieżą chorą na gruźlicę nie może poszczycić się podobnymi osiągnięciami.

B. Soroczyńska
Abs. Szk. P. C. K. w Warszawie

Wytyczne pracy pielęgniarki społecznej

PORADNIA PRZECIWWENERYCZNA

(Ciąg dalszy)

Prace laboratoryjne

Prace te, zależnie od organizacji, wielkości poradni i ilości personelu wykonują lekarze, pielęgniarki, lub laboranci.

Badanie na gonokoki

Przybory

Mikroskop z immersją,
lampa do miskroskopu,
palnik Bunsena, spirytusowy lub do gazu,
eza (pętelka platynowa),
szkiełka podstawowe i przykrywkowe,
garnek aluminiowy do wygotowywania szkiełek,
naczynie szklane z pokrywką,
imadło,
kieliszki do moczu,
pęseta,
bibuła,
ściereczki,
zapałki,
do utrwalania:
alkohol 90%,
eter;
do barwienia sposobem Gramma (najczęstszym):
carbolgentianaviolett (fioletu goryczkowego 1.0, alkoholu 10,0, acidi carbolici 5.0, wody destylowanej 100.0),
odczynnik Lugola (jodu 1.0, kali jodati 2.0, wody destylowanej 300.0),
fuksyna Pfeifera

Postępowanie

Pobieranie: u kobiet ezą (pętelką platynową) pobiera się z pochwy wydzielinę, rozcierając ją następnie na szkiełku podstawowym — u mężczyzn, wydzielinę pobiera się z cewki moczowej.

Utrwalić preparat przez zalanie alkoholem aż do wyschnięcia. Przeciągnąć szkiełko trzy razy nad płomieniem, posługując się imadłem, zalać alkoholem z eterem (równe części) na 2 do 10 minut. Zabarwić preparat przez zalanie kilku kroplami carbolgentianaviolett na 2—3 minuty. Zalać preparat kilku kroplami odczynnika Lugola na 2—3 minut. Obsuszyć delikatnie bibułką. Odbarwiać alkoholem dopóty, dopóki nie zacznie spływać alkohol niezabarwiony. Przemyć wodą. Zabarwić przez zalanie kilku kroplami fuksyny. Przemyć wodą. Po obeschnięciu preparat jest gotowy do oglądania pod mikroskopem. Do oglądania nalać na preparat jedną kroplę olejku cedrowego. Dwoinki Neissera barwią się na czerwono (Gramm —).

Po zbadaniu i zapisaniu wyniku włożyć szkiełka do naczynia szklanego z kwasem siarczanym na tydzień aż do odbarwienia. Szkiełka wyciągać pęsetą.

Po obejrzeniu preparatów dokładnie wytrzeć mikroskop ściereczką z benzyną, immersję bardzo lekko — xylolem, po czym wytrzeć na sucho. Wszystko posprzątać.

Próba Wassermana

Badanie krwi na odczyn Wassermana nie odbywa się w poradniach, ale w filiach Szkoły Higieny, lub na oddziałach szpitalnych lub klinicznych.

Pielęgniarka pomaga lekarzowi przy pobieraniu krwi (ob. „Zabiegi Pielęgniarskie“ pod red. T. Kulczyńskiej i H. Chrzanowskiej, wyd. II, Kraków, 1939. Str. 53).

Probówkę zawierającą krew zamknąć korkiem, włożyć do specjalnie na ten cel służącego pudełeczka drewnianego, oznaczyć je imieniem i nazwiskiem, datą i numerem karty rejestracyjnej chorego, (może wystarczyć tylko numer karty, ze względu na dyskrecję), zawinąć w papier, obwiązać sznurkiem i posłać pod wyraźnie wypisanym adresem. Nadsyłane wyniki zaraz wciągać na kartę chorego.

(C. d. n.).

Na pielęgniarski Samolot Sanitarny

(ciąg dalszy listy z nr. 5-go)

W okresie od 15 maja do 15 czerwca 1939:

Śląskie Koło PSPZ.	zł, 50,00
Lwowskie Koło PSPZ — II rata	„ 74,00
Zakład św Elżbiety w Katowicach	„ 10,00
Grono Pielęgniarek prywatnych ze Szpitala Ujazdowskiego	„ 33.00
P. Zinger — słuchaczka kursu Wojew. Wydziału Zdrowia w Warszawie	„ 2.00
Elżbieta Rabowska — Warszawa	„ 25,00
Stachówna Katarzyna — Wiśniowiec Nowy	„ 2.00
II-ga grupa słuchaczek kursu Wydz. Szpitaln. Zarządu M. Warszawy	„ 32.00
Potempa Franciszka — Katowice	„ 10,00
Wróblanka Maria — Rabka-Zdrój, Zakład P. C. K.	„ 10,00
Lwowskie Koło PSPZ — III rata	„ 52,00
Maliszewska Halina — Drwalew k/Grójca, Ośrodek Zdrowia	„ 10.00
Solinko Zofia — Tatarów Sanat. PDZ.	„ 5,00
Z. Okorska — Warszawa	„ 5,00
Jurkowskie Feliksa i Józefa — Warszawa	„ 10,00
Frydland Nechuma — Rojza, Warszawa	„ 2,00
Ławrowa Wiera — Pińsk	„ 5,00
Rzeczycka Lidia — Brzeżany — Garnizonowa Izba Chorych	„ 9.90
Krakowskie Koło PSPZ	„ 203,00
Borowicz Sabina — Warszawa	„ 20,00
Brudzyńska Irena — Słuchaczka kursu Wojew. Wydz. Zdrowia w Warszawie	„ 10.00
Zelwowicz Maria — Klinika Oczna USB, Wilno	„ 10.00
Razem	**zł. 589.90**

W okresie od 15 czerwca do 15 lipca 1939 r.

Słuchaczki kursu piel. Wydz. Szpitaln. w Warszawie, grupa Siostry Mirocznik	zł. 18.00
Adamiakówna Maria — Mogilno	„ 10,00
Rustejko Idalia — Skierniewice, Szpital św. Stanisława	„ 20,00
Helm Hulda — Szamotuły	„ 4,90
Kukszówna Zofia — Warszawa	„ 20,00
Jurkowskie Józefa i Feliksa	„ 10,00
Englichtówna Barbara — Warszawa	„ 5,00
Kupkowa Janina — Bolechów	„ 5,00
Moczydłowska Janina i Jarmołowicz Anna — Łuniniec, Szpital Państw.	„ 10.00
Solinko Zofia — Tatarów, PDZ.	„ 5,00
Sosnowska Maria — Warszawa	„ 4,90
Wileńskie Koło PSPZ — I rata	„ 66,00
Razem	**zł. 178.80**

Wytyczne pracy pielęgniarki w Wiejskim Ośrodku Zdrowia

Referat, wygłoszony podczas zjazdu Pielęgniarek Publicznej Służby Zdrowia województwa warszawskiego, w Warszawie, 31 maja 1939

Szanowny Panie Lekarzu Naczelny, Czcigodne Siostry, Drogie Koleżanki,

Otrzymałam zaszczytną misję omówienia na dzisiejszym zjeździe zagadnienia pracy pielęgniarki w Wiejskim Ośrodku Zdrowia. Zagadnienie to przecież wszyscy dobrze znamy. Widzę tu przed sobą Panie, mogące poszczycić się długimi latami praktyki. Jednakże omawiając dawno już znaną pracę, możemy przy tej sposobności uświadomić sobie ponownie te rzeczy, których dokonać już potrafiłyśmy, a także i te, które pozostają nam jeszcze do zrobienia; jednocześnie postaramy się o wytknięcie sobie najprostszej drogi do zamierzonego celu.

Na wstępie króciótka definicja. Dr. Stanisław Stypułkowski, kierownik I Ośrodka Zdrowia w Warszawie od początku jego istnienia, określa ośrodek w następujący sposób: „Ośrodkiem zdrowia nazywamy instytucję służby zdrowia, która obejmując całokształt otwartej opieki zdrowotnej i społecznej na terenie swego działania, nadaje tej podwójnej opiece w pierwszym rzędzie charakter wychowawczo-zapobiegawczy".

Ze słów powyższych jasno już wynika cel omawianej przez nas instytucji: ośrodek zdrowia istnieje po to, ażeby podnieść zdrowotny stan miejscowej ludności oraz nauczyć ją, a raczej wszczepić w nią najprostsze zasady higieny, a pośrednio także i kultury.

Do tego to właśnie — jakże szczytnego — zadania powołano nas, szare pielęgniarki. Od naszej wiary w lepsze jutro, od naszego czynu, podjętego w imię tej wiary, od pracy przenikniętej wytrwałością i zapałem będą zależały jej wyniki. Zarówno jak przez fachową akcję sanitarną, tak i przez krzewienie oświaty weźmiemy skuteczny udział w opanowaniu chorób społecznych, dopomożemy do osiągnięcia spadku śmiertelności i wzrostu liczby urodzin, do rozwoju zdrowej tężyzny fizycznej. Czy tylko fizycznej? Wszak możemy i powinnyśmy w ramach zagadnień objętych zakresem naszej pracy oddziaływać pośrednio i na poziom kulturalny, a nawet moralny ludności. Słowem, przykładamy ręki do zbożnego dzieła: do dostarczenia Ojczyźnie zdrowych, dzielniejszych i szlachetniejszych synów i córek, którzy potrafią wypełnić swe powinności obywatelskie, zarówno podczas wojny, jak podczas pokoju.

Niemałe, zaiste, są to zadania. Jakże przystąpimy do nich?

Warunki terenu

Należy przede wszystkim zapoznać się z wyznaczonym terenem. Pierwsze zatem kroki skierujemy do gminy. Tam otrzymamy mapę naszej okolicy. Mapa wskaże nam najbliższe sąsiednie, bliższe oraz dalsze skupiska ludności wraz z istniejącymi pomiędzy nimi połączeniami, pod którym to słowem rozumiemy drogi wodne i lądowe, rzeki, sieć kolejową, gościńce i t. p. Następnie w rozmowie z wójtem albo sekretarzem gminy postaramy się zdobyć jak największy zasób danych. Będzie chodziło nam najpierw o miejscową ludność, a więc o jej skład ilościowy, narodowościowy, wyznaniowy, o skład co do płci i wieku; potem dowiemy się o własność rolną, o ilość i wielkość zagród, o to, czy wystarczają one na utrzymanie rodziny,

a jeżeli ludzie muszą dorabiać, to gdzie to czynią i w jaki sposób? czy istnieją w pobliżu zakłady przemysłowe i jakie? czy się rozwija chałupnictwo? jakie są rynki zbytu? w czyich rękach jest handel? i gdzie się ogniskuje? (jarmarki, sklepiki, spółdzielnie). Dla dokładności zapytamy o działalność i zasobność gminy, jako też o wszystkie czynne w terenie organizacje i stowarzyszenia (ich żywotność, ilość członków, zarządy i przewodniczących). Zadamy jeszcze kilka pytań o stan szkolnictwa, o ilość szkół, oraz o ich rozmieszczenie.

W dalszym ciągu postaramy się dowiedzieć się coś niecoś o warunkach mieszkaniowych oraz o poziomie higieny w codziennym życiu mieszkańców, a więc: o wielkości mieszkań i ich rozkładzie, o liczbie osób, przypadających na jedną izbę, zapytamy o studnie, o wodę do picia, o opał i światło, o ustępy, o ogólny stan czystości, higienę osobistą, o liczbę i jakość posiłków.

Wzbogacone takim mniej więcej zasobem wiadomości, zajdziemy — po uprzednim skrzętnym ich wynotowaniu — do miejscowego księdza proboszcza, może on bowiem rzucić nowe lub odmienne światło na niejeden z wyżej wymienionych punktów. Pójdziemy również do kierownictwa szkoły, oraz do osób, prowadzących pracę społeczną i dopiero uzupełniwszy tą drogą możliwie dokładny i wszechstronny obraz terenu, staniemy po raz pierwszy przed koniecznością bezpośredniego zetknięcia się z ludem.

Styczność z mieszkańcami danej okolicy posiada ze stanowiska pielęgniarki społecznej postać dwojaką: jedna — to nasze odwiedziny po domach czyli wywiady; druga — odwrotna, odwiedziny pacjentów w ośrodku.

Odwiedziny domowe

Pozwolę sobie omówić sprawę odwiedzin nieco szerzej.

Nie wystarczy zbadać środowisko, trzeba samej wżyć się w jego życie. I nie wolno patrzeć na nie przez osobiste okulary, ani z wyżyn źle pojętego apostolstwa, lecz trzeba spojrzeć na środowisko jego własnymi oczami, to znaczy z pełnym zrozumieniem jego życiowych potrzeb, widoków i celów; takie umiejętne spojrzenie na ludzi jest w danym razie najpierwszą niezmiernie ważną zasadą. Jedynie bowiem w ten sposób zdołamy pozyskać ich zaufanie, ośmielimy ich i zachęcimy do otwartości. Każda szczera skarga, której treścią może być niejednokrotnie jakaś dotkliwa bolączka, skoro została wypowiedziana w naszą stronę i z tej strony spotkała się z odpowiedzią i skuteczną radą oraz pomocą — utoruje nam drogę do znękanych serc i umysłów ludzkich. I wtenczas znajdziemy niejako wspólną płaszczyznę myśli, za nią zaś także i wspólną wymowę, a zatem podstawę do porozumienia, stanowiącego niezłomną rękojmię pomyślnych wyników podejmowanej przez nas pracy.

Praktycznie rozróżniamy kilka rodzajów wywiadów:

1) wywiad propagandowy,
2) wywiad zwany „pierwszym wywiadem“,
3) wywiad następny czyli kontrolny.

Wywiad propagandowy

Adresy do pierwszego wywiadu weźmiemy np. dla poradni dla niemowląt z urzędu parafialnego lub z gminy wyznaniowej, robiąc wykaz

niemowląt urodzonych w ostatnim roku, a uzupełnimy go, nawiązując kontakt z zakładami położniczymi czy bezpośrednio z położnymi. Pacjentów dla poradni przeciwjagliczej wyszukamy z przeglądów dzieci szkolnych lub z komisji poborowych, wreszcie od lekarza powiatowego. Dla poradni przeciwgruźliczej znajdziemy adresy ze szpitali, z sanatoriów, od lekarzy domowych Ubezpieczalni Społecznej, wreszcie z ksiąg sanitarnych, ewentualnie od sołtysów, a jeszcze lepiej — od sołtysowej. Po upływie pewnego czasu, gdy się zżyjemy z terenem i teren z Ośrodkiem, nowi pacjenci będą się zgłaszali samorzutnie i automatycznie.

Wywiad propagandowy ma na celu zapoznanie danej rodziny z zadaniami Ośrodka Zdrowia. Winnyśmy przy tym jasno wytłumaczyć, jak znaczne i poważne korzyści można osiągnąć przez zgłoszenie siebie i swoich najbliższych. Nie dosyć na tym. Przez zadzierzgnięcie pierwszych węzłów pomiędzy Ośrodkiem a rodziną, dokonywa się też pierwsze zbliżenie najmniejszej komórki Służby Zdrowia, jaką jest Ośrodek, z terenem. Należy korzystać ze sposobności dla sprawdzenia prawdziwości nakreślonego wcześniej obrazu terenu, w razie potrzeby sprostować dostrzeżone omyłki i odchylenia zarówno w zapiskach jak we własnej świadomości.

Wiadomo, że ludzie chętniej słuchają pochwał niż nagany. Przekraczając próg chaty, trzeba niezwłocznie zorientować się, co możemy uprzejmym słowem pochwalić: zdrowe dzieci, czystość izby, czy nawet choćby i kwiaty w oknie. Tak rozpoczętą rozmowę wiedziemy dalej prosto do zamierzonego celu, to jest do zagadnień z zakresu odpowiedniej dla każdego z poszczególnych wypadków poradni. Nie dopuszczamy do niepotrzebnego gadulstwa zarówno jak i do odbiegania od tematu, wystrzegamy się wszakże przerywania toku zaczętego opowiadania. W razie koniecznym zręcznym pytaniem przywracamy rozmowie właściwy temat i kierunek. Przed opuszczeniem chaty upewniamy się jeszcze raz, czy zrozumiano dobrze cel naszych odwiedzin oraz dzień i godzinę wyznaczoną dla zgłoszenia się w Ośrodku.

Pierwszy wywiad

Następny rodzaj wywiadu t. zw. „pierwszy wywiad“ odnosi się do rodzin już zarejestrowanych w Ośrodku Zdrowia. Jest on istotnie trudny, i „wywiad“ w ścisłym znaczeniu tej nazwy nie udaje się najczęściej za pierwszą bytnością. Wypełnienie kwestionariusza (schematu) pierwszego wywiadu stanowi tu czynność niewątpliwie konieczną, lecz nie najgłówniejszą. Główne zadanie — to postawienie t. zw. „diagnozy społecznej“ w wyniku wszechstronnej i obiektywnej znajomości środowiska, oraz nakreślenie dla każdej poszczególnej rodziny odpowiedniego planu pracy w zakresie higieny lub leczenia jednej z chorób społecznych.

Zdarza się, że pierwszy wywiad odbywa się w bardzo trudnych warunkach. Przychodzimy do domu na prawdę po raz pierwszy i albo ciasnota lub przeludnienie w mieszkaniu utrudnia nam rozmowę, albo gospodyni śpieszy się w pole, albo gęsi właśnie poszły w szkodę i t. p. Jednakże to pierwsze zetknięcie się z rodziną jest tak ważne, że należy koniecznie usunąć zeń wszelkie przeszkody do dobrego porozumienia; powiemy więc sobie, że poświęcimy na wywiad ten właśnie tyle czasu, ile będzie go potrzeba na zdobycie wystarczającego materiału, na odszukanie i uświadomienie sobie trudności oraz zagadnień tkwiących u podstaw rodzinnego bytu. W ten sposób każda następna bytność będzie uzupełniać w dalszym

ciągu fakty ujawnione i stwierdzone podczas pierwszego wywiadu, który stanie się kluczem do całego naszego dalszego postępowania.

„Diagnoza społeczna“ polega na bezstronnym orzeczeniu, opartym na podstawie zebranego materiału oraz karty badania lekarskiego. Orzeczeniem tym zatem będzie wniosek, który wyciągniemy dla praktycznego użytku i na podstawie ścisłych danych. Chodzi po prostu o to, co w danej rodzinie jest złego, przy czym przy stwierdzeniu takiego istniejąceggo zła, trzeba najważniejsze zagadnienie, najgorsze zło, postawić na pierwszym miejscu.

Wyciągnęliśmy wniosek czyli wydaliśmy orzeczenie dla praktycznego celu i zaradzenia istniejącemu złu. Aby to ostatnie spełnić, nakreślimy plan porządnej systematycznej pracy.

Tu wszakże obowiązuje pewna niezmiernie doniosła zasada: rozbudowując istniejące dobro walczymy najskuteczniej z istniejącym złem. Co to znaczy? Nic innego jak to, że w miarę rozrastania się dobrych czynników, zło nie znajduje dla siebie miejsca wobec czego automatycznie zanika. Społeczną pracę pielęgniarki w rodzinie należy również oprzeć przede wszystkim na pozytywnych wartościach już istniejących w rodzinie, a nie trzymać wzroku utkwionego w same tylko fakty ujemne i wyczerpywać się w jednostronnym atakowaniu tych przejawów. Miłość rodziców do dzieci albo dzieci do rodziców można wyzyskać jako silną dźwignię dla uzyskania kulturalnej dbałości o zdrowie, czy skutecznego przezwyciężenia złych nałogów. Dalej podobną rolę może odgrywać chęć poprawy bytu, zamiłowanie do pracy, porządku, u dzieci i u młodzieży ochota do nauki i wiele innych szlachetnych ambicyj. Stosując wyżej wymienioną zasadę otwieramy widoki na rzeczywiste zainteresowania i wartości pacjenta, a co za tym idzie, otwieramy możliwości dla jego współpracy z nami. Ta współpraca — to nieodzowny warunek skuteczności naszych działań, dlatego też winniśmy posunąć się jeszcze dalej i starać się najpierw poddać, podsunąć pacjentowi przemyślony przez nas plan, tak, żeby formalna inicjatywa wyszła jakoby od niego.

W ogólności obowiązuje nas indywidualizowanie metod pracy w zależności od charakteru i postawy pacjenta, tu wypadnie zastosować poważną i mocną argumentację, tam wesołą, serdeczną zachętę. Pamiętać tylko należy, że groźby stosujemy jedynie w ostateczności i że powinnyśmy wystrzegać się banalnej słodko mdłej litości, mogącej przynieść więcej szkody aniżeli pożytku, ponieważ utwierdza w poczuciu nieszczęścia i słabości tych, którym potrzeba pokrzepienia, wezwania do męstwa i odważnego czynu.

Po ukończeniu wywiadu należy poddać cały jego przebieg gruntownemu przemyśleniu, następnie zaś streścić go w krótkich i jasnych zdaniach na karcie danego środowiska.

Wywiady powtórne

Trzeci rodzaj wywiadu, wywiad „powtórny“ zwany inaczej „kontrolnym“ wymaga każdorazowo kilkuminutowego przygotowania, polegającego na odczytaniu schematu oraz sprawozdania z wywiadu „pierwszego“ (diagnoza społeczna, plan pracy). Nadto, dla uniknięcia niepotrzebnej straty czasu, przy objazdach wyznaczamy sobie na jeden dzień wywiady grupujące się w pobliżu siebie lub przynajmniej w niewielkiej odległości. Wywiad ten trwa krótko. Polega na sprawdzeniu, czy praca postępuje należycie, czy

zlecenia lekarskie są wykonywane. Niekiedy wypadnie pokazać, jak można wypełnić takie zlecenie w warunkach domowych (na przykład jak trzeba kąpać dziecko). Należy pochwalić osiągnięte wyniki i to, co zasługuje na pochwałę, następnie zadać nowe tematy pracy. Jeżeli na przykład rodzina jaglicza zdobyła się na kupno miednicy do mycia, będziemy dążyć teraz do tego, aby każda osoba w tej rodzinie posiadała jeszcze własny ręcznik. Na koniec — to jest niezmiernie ważne — postaramy się dodać ludziom nowego bodźca do czynu, wlać w nich świeży zapał, zachęcić do dobrej roboty. Wyniki wywiadu notujemy, jak poprzednio.

Praca z ramienia poszczególnych poradni

Obowiązki pielęgniarki w ośrodku rozpadają się na dwa działy. Pierwszy dział obejmuje nadzór nad porządkiem w lokalu oraz pewien zespół czynności niejako technicznych, mniej więcej jednakowych dla wszystkich poradni.

W ramach drugiego działu zawiera się najważniejsza, najistotniejsza część pracy. Będzie to działalność oświatowo-wychowawcza, polegająca na indywidualnym względnie zbiorowym pouczaniu o praktycznych przepisach higieny oraz na systematycznym wdrażaniu pacjentów do ich zachowywania. Praca ta właściwie wykracza bardzo często z lokalu ośrodka w teren, różniczkuje się zaś zależnie od rodzaju poradni, z której ramienia ją podjęto.

I tak na przykład matkom ciężarnym trzeba wyjaśnić praktycznie wskazówki otrzymane od lekarza w poradni. Bardzo często pielęgniarka musi poruszyć trudne zagadnienia, aby znaleźć miejsce dla nowego przybysza w sercu rodziny. Nieraz także będzie zmuszoną odnaleźć ojca i przez mądre i taktowne postępowanie nakłonić go do małżeństwa.

Może najłatwiejsza jest praca w poradni dla dziecka. Tu pouczamy praktycznie matkę, jak należy pielęgnować i wychowywać dziecko, jak kąpać, przewijać, karmić, przygotowywać mieszanki czy zupki jarzynowe. Jak hartować i rozwijać umysł dziecka. W razie choroby niemowlęcia ułatwiamy jego leczenie w domu lub w szpitalu.

W zakresie poradni przeciwjagliczej pielęgniarka winna ściągnąć do poradni wszystkie tak ważne „kontakty“ chorego. W dalszym ciągu winna pouczyć ludzi o istocie choroby, o jej zaraźliwości i środkach zapobiegawczych. Nadto należy kontrolować pościel chorego, sposób mycia i tym podobne szczegóły.

Jednym z najgłówniejszych działów pracy ośrodka zdrowia jest walka z gruźlicą. Choroba ta szerzy się w wiejskich zagrodach w stopniu zastraszającym, może jeszcze silniej niż w miastach, gdzie już zapoczątkowano skuteczną z nią walkę. Zarówno choremu na gruźlicę, jak i jego otoczeniu należy wyjaśnić istotę schorzenia, jako też i obowiązek przestrzegania przepisów higieny względem siebie i innych, przepisów wyrażonych w zleceniach poradni. Walka z gruźlicą wymaga od pielęgniarki dużego nakładu pracy, cierpliwości i wytrwałości. Z samej bowiem natury schorzenia wypływa często dziwna obojętność chorego, który odrzuca jakby naumyślnie nasze rady i wskazówki. Powolny zanik sił fizycznych powoduje wielkie rozgoryczenie pacjenta, a czasem nawet wielki stopień niechęci w stosunku do innych: „Kiedy ja mam umierać, niech i oni umierają“. W wyniku mamy

uporczywy bojkot higieny. Istnieje zagadnienie odwrotne, a nie mniej trudne: całe otoczenie boi się chorego, usiłuje oddzielić się od niego i pragnie pozbyć się go jak najprędzej. Uzyskanie znośnych warunków dla nieszczęśliwego człowieka wymaga niejednokrotnie stoczenia bardzo ciężkiej walki z opornym środowiskiem.

Pielęgniarka winna okazać jeszcze pomoc przy umieszczaniu chorego w zakładzie zamkniętym, przy wysyłaniu kontaktów do prewentoriów, na kolonie, przy staraniach o świadczenia społeczne. Ta ostatnia pomoc wszakże nie powinna wychodzić bezpośrednio od niej samej, gdyż to ogromnie utrudniłoby pracę; pacjenci odnoszą się do nas z zupełnie różnym nastawieniem jeżeli liczą na nasze pośrednictwo w otrzymywaniu pieniężnych zasiłków.

Poradnia przeciwweneryczna wymaga ściśle indywidualnego traktowania jednostki. Rozmawiamy z pacjentem bez świadków i najczęściej na terenie ośrodka. Domowe wywiady robimy tylko za uprzednią zgodą chorego lub na wyraźne zlecenie lekarza. W razie przerwania leczenia przez pacjenta wzywamy go listownie. Tajemnica zawodowa obowiązuje nas tu w szczególny sposób. Zdarza się jednakże, że obowiązek każe nam pójść do rodziny, wtedy mianowicie gdy lekarz stwierdzi możliwość choroby u wszystkich członków rodziny. Posunięcie to wymaga wielkiego taktu i delikatności. Chodzi o to, aby wiadomość o chorobie drugiego małżonka nie spowodowała rozbicia rodziny. Wspomnę nawiasem, że aby akcja przeciwweneryczna stała się naprawdę skuteczna, należałoby wprowadzić do ośrodka, obok innych poradni, poradnię przeciwalkoholową oraz zrealizować sprawę przymusowego badania prostytutek.

Przychodnia ogólna

Rozbudowa działalności ośrodka wiejskiego będzie postępowała w miarę napływających potrzeb terenu i oczywiście, w miarę praktycznych możliwości.

Prowadzenie ośrodka wiejskiego bez przychodni ogólnej — czyli ambulatorium byłoby rzeczą wprost nie do pomyślenia. Jeżeli wiele osób spośród inteligencji nie rozumie zupełnie zadań Ośrodka Zdrowia, to cóż możemy żądać od chłopa? Chłop przychodzi do ośrodka dopiero wtedy, gdy poczuje w sobie chorobę. Liczy wtenczas na otrzymanie pomocy i lekarstwa. Ale właśnie dzięki frekwencji w przychodni ogólnej łatwiej znajdziemy pacjentów do odpowiednich poradni społecznych. Po wtóre samo zbliżenie się chłopa z ośrodkiem ułatwi nam pracę w zakresie wychowawstwa higienicznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Anna Wielowieyska
Abs. Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie



O witaminach w lecznictwie chirurgicznym

Referat z art. Dr Dziembowskiego: Znaczenie witamin w lecznictwie z punktu widzenia chirurgicznego. Polski Przegląd Chirurgiczny IX 1938.

Podkreślając znaczenie stosowania leczniczego witamin w chirurgii, omawia autor poszczególne z nich oraz ich działanie lecznicze.

I tak witamina A, zastosowana w postaci maści bezpośrednio na trudno gojące się rany, przyśpiesza oddzielanie się martwiczych strzępów tkanek czyli oczyszczanie się rany, bujanie ziarniny, oraz odradzanie się naskórka. Poza tym — zdaniem autora — zastosowana miejscowo, witamina A ma działanie ogólne, wynikające z wchłaniania się tejże witaminy do krwiobiegu, skutkiem czego zwiększa się ogólna odporność całego ustroju.

Witaminę C stosuje się doustnie lub w zastrzykach domięśniowych lub dożylnych (Cebrion Mercka, Redoxon Roche przyp. refer.) Podaje się je w sprawach ropnych, septycznych, a także po zabiegach operacyjnych z powikłaniami zapalnymi, wzmagającymi zużycie tej witaminy przez organizm. Również stosuje się witaminę C w chirurgii dróg żółciowych, jako środek zapobiegający powstawaniu krwotoków pooperacyjnych. W tych razach lepiej jest podawać wspomnianą witaminę w zastrzykach domięśniowych a nawet dożylnych. Wypróbowane jest również działanie witaminy C, jako środka zapobiegającego zapaleniu płuc pooperacyjnemu. W postępującej gruźlicy płuc z gorączką stwierdzono brak witaminy C; w tych przypadkach podanie tej witaminy ma wzmagać ogólną odporność ustroju oraz zmniejszać krwioplucie, o ile nie jest ono wynikiem uszkodzenia naczyń większych tylko włosowatych. Poza tym stosowanie witaminy C oddaje ważne usługi w walce ze skazami krwotocznymi oraz krwawiączką; w tej ostatniej witamina C skraca znacznie czas krzepnięcia krwi.

Słusznie zaznacza autor, że w chorobach żołądka ścisła dieta, którą przepisujemy chorym jest uboga w witaminy, a występująca przy dłuższym jej stosowaniu awitaminoza przyczynić się może w dużej mierze do powstawania krwotoków; w tych przypadkach podawanie witaminy C jest nieodzowne.

Podobny stan awitaminozy powstaje przy złośliwych sprawach nowotworowych przewodu pokarmowego, gdzie występuje zanik łaknienia lub niemożliwość połykania, dające w końcu — wraz z niszczącymi ustrój produktami rozpadu nowotworu — obraz charłactwa nowotworowego wraz z krwotokami z owrzodzeń rakowych. W tych razach zastosowana witamina C daje choć chwilową poprawę a nieraz — w mniej zaawansowanych przypadkach — zwiększa szanse leczenia naświetlaniami.

W końcu omawia autor korzystne działanie mało dotychczas stosowanej witaminy B przy rwie kulszowej, nerwobólu nerwu trójdzielnego oraz dnie czyli podagrze. Witaminę B. stosuje się w postaci zastrzyków (Betobion Mercka).

(Przyp. refer.) Jak wynika z dotychczasowych obserwacji i poglądów, cytowanych w piśmiennictwie, stosowanie leczenia witaminami w chirurgii daje nieraz bardzo korzystne wyniki; wymaga jednak jeszcze dalszych badań i doświadczeń klinicznych.

Dr. Władysław Kubisty
asystent Oddz. Chirurg. Państw. Szpit. św. Łazarza
w Krakowie.

Z zagadnień alkoholizmu

NIEDOLA DZIECI

Jakkolwiek o alkoholiźmie czytało się i słyszało bardzo wiele, to zagadnienie to jest tak ogromnej wagi, że zawsze należy — niestety — do spraw aktualnych i najwięcej nas obchodzących. Jan Szymański, w referacie p. t.: „Alkoholizm i dziecko", wygłoszonym na Pierwszym Ogólnopolskim Kongresie Dziecka w Warszawie w dn. 4. X. 1938 r., a zamieszczonym w jubileuszowym N-rze 5—6 1939 r. mies. „Trzeźwość" omawia alkoholizm, tę wielką klęskę społeczną, jako jedną z głównych przyczyn niedoli dziecka. W trzech punktach wykazuje główne momenty oddziaływania alkoholizmu na organizm i życie dziecka. — W środowisku alkoholików, w rodzinach, gdzie nędza materialna i moralna panuje wszechwładnie, gdzie szerzy się przestępczość i straszne choroby — dzieci są wciąż świadkami ohydnego postępowania starszych. W takich warunkach te biedne dzieci wyrastają na jednostki aspołeczne, tworząc masy najgorszego proletariatu. — Alkoholizm rodziców (obojga, lub jednego z nich — najczęściej ojca) bywa przyczyną przychodzenia na świat potomstwa zwyrodniałego, późniejszych ludzi niezdolnych do produktywnej pracy i stanowiących prawdziwy ciężar dla Państwa, narażając je na koszt opieki w szkołach specjalnych, domach poprawczych i szpitalach psychiatrycznych. — Klęską wielką jest panujący wszechwładnie obyczaj używania napojów alkoholowych przez ogół dorosłych. Dzieci z swą cechą naśladownictwa robią to, co widzą u starszych i ten zły przykład, „czasem zachęta lub nawet przymus starszych — to główny i wyłączny niemal powód alkoholizmu wśród dzieci".

Groźny a tak wymowny tego obraz przedstawiają dane statystyczne. „Ogólne liczby statystyki, przeprowadzonej na zlecenie Ministerstwa Opieki Społecznej, w woj. łódzkim dały następujące wyniki: w 108 powiatach, z których otrzymano odpowiedzi, 258.629 dzieci szkolnych w wieku 7 do 14 lat używa napojów alkoholowych sporadycznie, 9.746 pije nałogowo, oprócz tego eteru używa sporadycznie 4.683 dzieci i nałogowo 215".

Wobec skutków tak groźnych dla jednostek, rodzin i całego narodu narzuca się konieczność środków zaradczych. Katastrofalne skutki alkoholizmu u dziecka zaczynają się już nieraz w chwili poczęcia lub podczas ciąży i odbijają się ujemnie na jego rozwoju fizycznym i psychicznym, na jego zdolnościach intelektualnych, a następnie na rozwoju dziecka w okresie pokwitania. „Środowisko, otoczenie, rodzina, szkoła ponoszą za alkoholizację dzieci i młodzieży wielką odpowiedzialność".

Walka z akoholizmem jest niezmiernie trudna, jak zaznacza tenże autor w innym artykule p. t. „Alkoholizm a sport" — gdyż jest to walka z powszechnym obyczajem, z zakorzenioną głęboko tradycją, a mówiąc ściśle i szczerze — z nałogiem, słabą wolą i bezmyślnością. Pokutuje tu ogólne przekonanie, że umiarkowane picie nie szkodzi, a przecie „to absurd i nonsens wierutny, gdyż trochę alkoholu to to samo, co trochę gruźlicy, co trochę wenerii", czy innej choroby.

Walka z alkoholizmem to walka o istnienie zdrowego dziecka — to walka niezbędna. Usunięcie zwyczajów alkoholowych ze środowisk rodzinnych, — to droga poprawy losu dzieci.

Wł. Kurasiewicz

ZJAZD TOW. „TRZEŹWOŚĆ"

Dn. 18 maja obradował doroczny Zjazd delegatów Kół Tow. „Trzeźwość". Zjazd nosił charakter szczególnie uroczysty gdyż był związany z jubileuszem 20-lecia Tow. „Trzeźwość". Przed uroczystością otwarcia Zjazdu Prezydium Zarządu Gł. Tow. „Trzeźwość" złożyło wieniec na stopniach pałacu w Belwederze.

W przepełnionej sali Tow. Higienicznego Prezes K. Kalinowski otwierając Zjazd imieniem Zarządu Gł. wykazał, że walka z alkoholizmem jest pracą dla obronności państwa. Zwrócił uwagę na karygodne tolerowanie zwyczajów pijackich. Ostrzegał przed alkoholizmem młodzieży. Dziękował Ministerstwu Opieki Społecznej za poparcie akcji społecznej, która służy państwu. Po przemówieniach powitalnych, prof. Uniw. Jag. St. K. Pieńkowski w świetnie zbudowanym odczycie podniósł skutki społeczne zwłaszcza w zakresie dziedziczności alkoholizmu. Postęp, kultura są niemożliwe przy trwaniu alkoholizmu. Założyciel Towarzystwa „Trzeźwość" red. Jan Szymański podniósł m. in., że walka z alkoholizmem to walka o siłę narodu i państwa, o siłę o ducha ludzkiego, o kulturę. Troska najwybitniejszych umysłów o podniesienie poziomu intelektualnego i moralnego szerokich mas rozbija się od dawna o alkoholizm,

który jest przyczyną ciemnoty i zacofania. Przyszłość Polski — w trzeźwości, która da nam społeczeństwo silne, zdolne do pracy, odporne. Nastąpiło szereg przemówień powitalnych.

W wyniku wyborów do Zarządu Głównego Towarzystwa „Trzeźwość“ zostały wybrane nast. osoby: P. P. ks. prałat W. Balul, dyr. St. Bobiński, prok. S. N. St. Czerwiński, M. Herwich, sen. A. Iżycki, prezes K. Kalinowski, prof. dr M. Michałowicz, dr E. Steffen, prof. dr G. Szulc, H. Szymańska, red. J. Szymański, dr H. Zajączkowski.

Na wniosek Zarządu Głównego Tow. „Trzeźwość“ — Zjazd nadał godność członka honorowego Towarzystwa dr Ryszardowi Kunickiemu i ks. posłowi Władysławowi Padaczowi.

Rezolucja

Z okazji 20-lecia Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość“ obradujący dn. 17—18 V. 1939 r. w Warszawie Zjazd z całej Polski delegatów jego Kół i pokrewnych organizacyj z nim współpracujących — uznając, że akcja przeciwalkoholowa jest dobrze zrozumianą pracą dla obronności Państwa — zwraca się do Posłów i Senatorów Rzplitej, by to właśnie mając na względzie w obecnej dobie wzmagania sił moralnych i fizycznych narodu oraz zasobów materialnych Polski, dołożyli wszelkich starań, by Sejm i Senat przywróciły w brzmieniu pierwotnym moc ustawy przeciwalkoholowej z dn. 23. IV. 1920 roku. (Ustawa ta, ograniczając możność używania alkoholu, ułatwiała znacznie walkę z alkoholizmem, która po nowelizacji ustawy, stała się niesłychanie trudna, czasem wręcz beznadziejna. (Przyp. Red.)

Wśród książek

Prof. Dr Władysław Szenajch: **Ideologia Szpitala**, nakł. Polskiego Tow. Szpitalnictwa, Warszawa 1939.

Piękną swą książkę prof. Szenajch poświęca lekarzom i pielęgniarkom szpitalnym, ale przewodnią myśl, która w niej jest zawarta, wszyscy powinni przyjąć głęboko w swe dusze. Nasza epoka doprowadziła rozwój myśli na wyżyny, z drugiej strony rozwój techniki nas zdumiewa, myśl kieruje techniką, technika wspiera myśl, ale kultura nasza cierpi nad tym, że zbyt rzadko łącznikiem pomiędzy myślą a techniką jest serce. Stąd widzimy z jednej strony jasną, ale zimną myśl, a z drugiej bezduszne zastosowanie techniki. Prof. Szenajch na polu, którym się zajmuje w swej książce, kładzie nacisk głównie na ów łącznik pomiędzy zdobyczami myśli, a umiejętnością techniczną — na serce.

Miłosierdzie — pierwsza idea szpitalnictwa

„Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi byli: miłosierdzie i współczucie“. Tymi słowy określił Wł. Biegański źródło medycyny. Z tego również źródła powstało szpitalnictwo.

Początkowo cel szpitali był czysto dobroczynny: okazywanie pomocy „ubogim, których podobało się Panu Bogu różnymi natury utrapieniami i kalectwami wieku podeszłego nawiedzić“, jak to powiedziano w przywileju Jana Księcia Mazowieckiego 1425 r., nadanym szpitalowi św. Ducha w Warszawie. Szpitale dawniejsze były raczej przytułkami, w których znajdowali schronienie ubodzy nędzą, wiekiem lub kalectwami dotknięci, dzieci bezdomne i w liczbie może najmniejszej — chorzy. U nas podobnie. jak na Zachodzie — szpitale powstawały przeważnie z inicjatywy duchowieństwa i z fundacyj dobroczynnych, toteż opieka i zarząd szpitali należał do kościoła.

Dzieje szpitali w Polsce sięgają XII w. Liczba szpitali stale się zwiększała i przy każdym niemal kościele parafialnym istniał przytułek, w którym biedota znajdowała schronienie i utrzymanie. W r. 1791, czyli po pierwszym rozbiorze Polski, na okrojonym już wybitnie obszarze Rzeczypospolitej było 497 szpitali. Prócz szpitali - przytułków, w których znajdowali schronienie między innymi i chorzy, istniały w dawnej Polsce szpitale specjalne, przeznaczone dla przyjmowania chorych umysłowo i zakaźnie. Te szpitale były zakładane przeważnie przez urzędy miejskie i przy ich powstawaniu grała główną rolę nie idea dobroczynności, lecz strach; zakładano te szpitale nie dla dobra chorych, lecz zdrowych, aby uchronić ich od zakażenia.

Podobnie, jak na Zachodzie, tak i u nas, w wiekach XVII i XVIII wraz z zapanowaniem ciemnoty i upadkiem obyczajów zanika miłosierdzie, szpitale tracą swe uposażenia, panuje w nich brud, głód i nędza, chorzy pozostają bez żadnej opieki. Tam zaś, gdzie zakład był dobrze urządzony i jadło obfite, napływ kandydatów był znaczny i schronisko dla nędzy stawało się czasem przytułkiem dla próżniaków.

II. Opieka społeczna — druga idea szpitalnictwa

W drugiej połowie w. XVIII opiekę nad szpitalnictwem zaczyna roztaczać ustawodawstwo świeckie. Konstytucja Szpitalna z r. 1775 powierza opiekę nad szpitalami państwu. Polska była pierwszym państwem w Europie, które wydało ogólne prawa o urządzeniu i prowadzeniu szpitali. Komisje szpitalne między innymi starały się o to, aby w każdym województwie mógł być przynajmniej jeden szpital, do którego by ubodzy mogli być darmo przyjmowani, zamożniejsi mają płacić. Konstytucja szpitalna dążyła do stopniowego przeistoczenia szpitali z przytułków na zakłady lecznicze, a komisje do swych obowiązków w pewnej mierze zaliczały również higienę społeczną (szczepienie ospy, pomoc przy połogach, objazdy lekarzy podczas zarazy). A więc nie uważano już szpitali wyłącznie za zakłady dobroczynne, lecz za instytucje opiekuńcze w tym znaczeniu, że opieka nie jest tylko synonimem dobroczynności, lecz zawiera ideę obowiązku społecznego, pomocy i zapobiegania. — Niestety prawo z r. 1775 z powodu różnych trudności zostało uchylone przez Sejm, można jednak śmiało powiedzieć, że gdyby samodzielny byt polski nie został przerwany i gdyby prawodawstwo polskie było w dalszym ciągu udoskonalane, to idea opieki społecznej znalazłaby już dawno szerokie zastosowanie.

Opieka społeczna — to owa druga idea, którą kierowały się społeczeństwa cywilizowane w drugiej połowie w. XIX w organizacji szpitalnictwa.

III. Ocena wartości zdrowia i życia ludzkiego — trzecia idea szpitalnictwa

Wraz z postępem kultury i cywilizacji wzmaga się zrozumienie wartości życia ludzkiego, co się wyraziło w przekonaniu, że największym bogactwem państwa jest zdrowy obywatel. Tylko zdrowy naród może być narodem silnym. Z tej idei powstał cały dział medycyny — higiena społeczna i ubezpieczenia społeczne; powstał postulat, że każdy obywatel ma prawo do pomocy w chorobie i powinien tę pomoc otrzymać. Jednocześnie przede wszystkim sam obywatel powinien dbać o zdrowie własne i swej rodziny, gdyż tylko wtedy może służyć społeczeństwu swą pracą. Powinnością samorządnego społeczeństwa jest zakładanie szpitali publicznych, które obowiązane są przyjmować na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację lekarską każdą osobę zgłaszającą się lub skierowaną przez urzędy czy też instytucje publiczne, bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznanie, stan majątkowy i zawód, jak to przewiduje nasza współczesna ustawa szpitalna z 1928 r.

Szpitale nie mogłyby wypełnić obowiązków, jakie nakłada na nie społeczeństwo współczesne, gdyby z mroku ciemnoty i z nędzy przesądów nie wyrwała ich nauka i gdyby wraz z rozwojem idei społecznych nie szedł w parze rozwój wiedzy medycznej. Dopiero dzięki postępom tej wiedzy i odkryciom naukowym w 19 i 20 wieku, z jednej strony, a z drugiej dzięki rozwojowi pielęgniarstwa, szpitale mogły wejść na drogę rozwoju, po której kroczą obecnie.

Zdawałoby się, że w chwili obecnej należy tylko postawione sobie zadania realizować, pracować dalej w myśl wskazań nauki klinicznej, technicznej i ekonomicznej, a ideał szpitala zostanie osiągnięty. Niestety zaczęło się dziać inaczej: szpitale — jak wszystko w naszej epoce — zostały ogarnięte tendencją mechanistyczną, industrializmem. Podobnie jak wielka i świetlana postać św. Wincentego â Paulo nie uchroniła szpitali od upadku, w jakim się znalazły w w. 18-tym, tak i dzieło Florencji Nightingale, która w połowie w. 19-go obudziła szpitalnictwo ze snu średniowiecza i usiłowała pogłębić i udoskonalić je nie tylko technicznie, lecz i etycznie, nie zapobiegło zmaterializowaniu szpitalnictwa.

Gdy w instrukcji z 1832 r. czytamy, że w przyjęciu do szpitala zawsze ubodzy pierwszeństwo mieć mają, to instrukcja z 1928 r. brzmi, że koszty leczenia, oraz koszty utrzymania osób towarzyszących pobiera się z góry conajmniej na okres dwutygodniowy. Dyrektor szpitala tylko wyjątkowo może odstąpić od tej zasady. Szpitalowi publicznemu jest zabronione udzielać miejsca bezpłatnie, więc prawo do opieki szpitalnej w ciężkiej chorobie jest przyznane każdemu obywatelowi tylko teoretycznie. Dopiero, kiedy

wzmoże się poczucie solidarności społecznej, gdy wzrośnie odpowiedzialność zbiorowości za los jednostki i rodziny, wtedy przyjdzie powszechne zrozumienie, że pojęcie opieki społecznej w czasie ciężkiej choroby powinno być rozszerzone, że „prawo do zaspokojenia potrzeby opieki szpitalnej ze środków publicznych“ ma nie tylko zupełny nędzarz, lecz i ten, którego środki nie wystarczają na pełną opłatę za pobyt w szpitalu, który bez pomocy publicznej może wprawdzie żyć i pracować, ale chorować i leczyć się w szpitalu nie może. Oczywiście jasnym się wtedy stanie, że szpitale nie mogą być prowadzone bez deficytu.

Musi się zmienić ocena finansowa działalności szpitala. Obecnie prawie powszechnie się sądzi, że ten szpital jest tańszy, w którym dzienny koszt pobytu jest mniejszy, tymczasem okazuje się, że tam, gdzie dzienny koszt jest większy, okres leczenia wskutek lepszych warunków trwa krócej, więc w rezultacie koszt leczenia poszczególnego chorego wypada taniej, po drugie więcej wtedy można przyjąć chorych w ciągu roku.

Przy kwalifikowaniu chorych do leczenia szpitalnego powinny grać rolę wyłącznie tylko względy lekarskie, t. j. ocena postaci chorobowej i warunków domowych chorego. Podstawą reorganizacji szpitalnictwa powinna być zasada: „najpierw chory człowiek, a potem jego papiery, akta i pieniądze“.

IV. Uduchowiona służba społeczna — czwarta idea szpitalnictwa

Nie tylko w brakach materialnych należy szukać ciemnych stron szpitalnictwa współczesnego. Nie w tym czysto zewnętrznym stosunku finansowym wyraża się osłabienie humanitaryzmu szpitala, lecz w stosunku wewnętrznym, w nastawieniu całej organizacji i prowadzenia szpitala, a przede wszystkim w stosunku pracujących lekarzy i pielęgniarek do chorego, jako osobowości.

Zbyt często się zapomina, że człowiek to nie maszyna, lecz złożona całość psychofizyczna. Chory wchodzi do szpitala nie jako idealny nosiciel różnych cnót, lecz jako człowiek z jego słabostkami i błędami, z jego potrzebami, nędzą i cierpieniem. Niestety, w szpitalach zbyt często się o tym zapomina, chory staje się „przypadkiem“, materiałem naukowym.

Aby szpital mógł swe zadania prawdziwie wykonać, aby mógł wykonać swe zadania nie tylko ściśle lecznicze, ale i zapobiegawcze, musi znacznie rozszerzyć ramy swej działalności i stać się głównym ogniwem w łańcuchu różnorodnych środków publicznej ochrony zdrowia, musi stworzyć, prócz istniejących trzech służb: lekarskiej, pielęgniarskiej i administracyjno-gospodarczej, jeszcze czwartą: opiekuńczo-społeczną. Przede wszystkim zaś musi zdobyć dla siebie duszę chorego w myśl zasady, że: „nieuduchowiona higiena socjalna, nieuduchowiona opieka zdrowotna — są nasionami na glebie kamienistej, z których nigdy nie dojrzeją owoce“.

To uduchowienie szpitala powstanie wtedy, gdy zapanuje w nim nie duch łzawej litości, lub ckliwej dobroczynności, lecz duch czynnej miłości. Poziom kulturalny i humanitarny szpitala jest zależny przede wszystkim od tego, jaki jest poziom osób, opiekujących się chorymi. Lekarze i pielęgniarki w ciągłej walce z samymi sobą, powinni zdobywać codziennie taką dozę współczucia i miłości, zainteresowania i ukochania człowieka, aby móc mu służyć i otoczyć go całkowitą opieką.

Praca naukowa, będąca obowiązkiem lekarza szpitalnego, u prawdziwego lekarza prowadzi do należytego zaopiekowania się chorym, do niesienia mu ulgi.

Istotą szpitala, jego duszą, jest służba zdrowych dla chorych, służba ogrzana ciepłem miłości i oświetlona promieniami wiedzy.

Bezwzględnym nakazem etyki zawodowej jest, aby lekarze i pielęgniarki ustosunkowali się do swej pracy szpitalnej jako do samarytańskiego obowiązku społecznego, — ale z drugiej strony muszą być uwzględnione ich potrzeby materialne, dotąd niedostatecznie brane pod uwagę.

Streszczenie powyższe nie może zastąpić odczytania w całości książki prof. Szenajcha i możemy tylko najgoręcej zachęcić wszystkie pielęgniarki, aby zapoznały się z tak głębokimi i pięknymi myślami w całej rozciągłości. **D. M.**

W związku ze stuletnią rocznicą śmierci wielkiego uczonego ukazała się broszura Jana Szymańskiego p. t.: **Poglądy Jędrzeja Śniadeckiego na sprawę alkoholizmu.**

Mamy tu obraz stosunku Śniadeckiego do palącego zagadnienia alkoholizmu. Śniadecki jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na szczególną szkodliwość alkoholu dla dzieci i młodzieży. Poglądy jego są bardzo interesujące i całkowicie aktualne.

Broszurę wydało Tow. „Trzeźwość“, Warszawa, Oboźna 4.

Dr med. Kazimierz Dąbrowski, dyrektor Sanatorium Stowarzyszenia Urzędników Państwowych Rz. P., Zakopane: **Co o gruźlicy wiedzieć należy**, podręcznik dla chorych i ich rodzin. Warszawa, 1938. Nakł. Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego, Warszawa, Natolińska 4. Cena 1.50 zł.

Książka Dr Dąbrowskiego to podręcznik pożyteczny, pisany bardzo dostępnie. Obejmuje na wstępie w części I ogólnej, zasadnicze wiadomości z bakteriologii, podaje jakie istnieją w ogóle źródła zakażenia i jakie formy walki organizmu z infekcją. Dalej autor zaznajamia czytelników z budową i właściwościami laseczników Kocha, podaje warunki w jakich prosperują i w jakich giną, oraz drogi jakimi wkraczają do organizmu. Następuje rozdział omawiający szczegółowo budowę płuc, akt oddechu i opis zmian gruźliczych w tkankach, oraz różne wpływy mające głos w przebiegu gruźlicy. Opis pierwotnych zmian tuberkulicznych w płucach oraz gruźlica pozapłucna wyczerpuje I część książki.

Część II obejmuje profilaktykę, walkę z gruźlicą i lecznictwo. Temu ostatniemu poświęcony jest dłuższy rozdział, gdzie autor w skrócie opisuje technikę leczenia gruźlicy w świetle nauki współczesnej, przeprowadzanie kuracji klimatycznej, a więc leczenie powietrzem (leżakowanie), leczenie słońcem (przy gruźlicy kostnej i skóry) przy czym dużą rolę przypisuje odżywianiu i hartowaniu. Dalej następuje opis leczenia płuc zastrzykami preparatów złota i leczenia operacyjnego a więc odmą, wyrywaniem nerwu przeponowego, zakładaniem plomb płucnych, torako-plastyką.

„Mężczyzna chory raczej zyskuje w małżeństwie — kobieta raczej traci", mówi autor w następnym rozdziale, poświęconym gruźlicy a małżeństwu i ciąży.

Zamyka tę ciekawą i pożyteczną książeczkę parę słów o społecznej walce z gruźlicą, oraz wskazówki, jak się ma zachowywać chory z gruźlicą płuc otwartą, przebywający w otoczeniu zdrowych.

Poradnik dla robotników w sprawach ubezpieczeń społecznych opracowali Dr S. Graban, mgr. W. Luchowski, T. Stalkopf, mgr. S. Tymiński, wyd. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 1938.

Poradnik ma za zadanie w zwięzły sposób uświadomić robotników, jakie świadczenia przysługują im i ich rodzinom, kiedy ubezpieczenie jest obowiązkowe. Wstępne rozdziały omawiają co to jest ubezpieczenie, charakter, cel, korzyści. Następne rozdziały omawiają obowiązek ubezpieczenia, świadczenia stąd wynikające na wypadek choroby i macierzyństwa, świadczenia emerytalne robotnicze, świadczenia w razie wypadku, oraz postanowienia ogólne. Broszura ta powinna się znaleźć w każdym domu robotnika (wyjątek stnowią robotnicy rolni, zamieszkali na terenach, gdzie obowiązuje ustawodawstwo czechosłowackie, robotnicy zamieszkali na Górnym Śląsku). Zaznajomienie się z tą książką może znacznie dopomóc pielęgniarce społecznej w jej pracy na terenie rodzin.

Mgr. W. Bujarski i Z. Rolke: **Ubezpieczenie Pracowników Umysłowych. Informator.** Wydawn. Z. U. S. Warszawa, 1938.

Informator składa się z dwóch części; pierwsza zaznajamia z przepisami ustawowymi, dotyczącymi samego ubezpieczenia, druga omawia uprawnienia na wypadek braku pracy, oraz realizację uprawnień z ubezpieczenia emerytalnego.

Ponieważ niejednokrotnie przepisy ubezpieczeń były zmieniane i uzupełniane, przeto więc orientowanie się w nich jest dość trudne. Omawiana broszura informuje w streszczeniu o zasadniczych postanowieniach prawnych z umyślnym pominięciem mniej ważnych i przejściowych. Dla ułatwienia zapoznania się ze szczegółami przepisów prawnych dodano do każdego nagłówka paragrafu odnośny dekret. Poza tym broszura uwzględnia stan prawny, orzecznictwo i praktykę — aktualne w chwili wydania.

W. Czajkowska



Z Polski i z całego świata

JUBILEUSZ CZERWONEGO KRZYŻA

Polski Czerwony Krzyż obchodził niedawno swój jubileusz dwudziestoletni, połączony z siedemdziesięciopięcioleciem istnienia Międzynarodowego Czerwonego Krzyża.

Uroczystości jubileuszowe odbyły sę dnia 3 czerwca w auli Uniwersytetu J. P. w Warszawie, przy obecności reprezentantów Pana Prezydenta, władz wojskowych, Ministerstwa Opieki, Komisariatu Rządu, duchowieństwa, korpusów dyplomatycznych, Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, członków Zarządu Głównego P. C. K., delegatów okręgów i oddziałów formacji Młodzieży P. C. K., ratowniczych, sanitarnych, pielęgniarskich i licznie przybyłych gości. Podczas akademii przemówienie poświęcone całokształtowi prac Czerwonego Krzyża wygłosił szef Wojskowej Służby Zdrowia Gen. Stanisław Roupert, mówiąc o powstaniu P. C. K., jego działalności podczas wojny polsko-bolszewickiej, oraz podczas powstań na Górnym Śląsku, o jego trudach podjętych dla repatriantów i ludności cywilnej tuż po wojnie, o jego współpracy z wojskiem, wytwórni materiału sanitarnego, o instytucie przetaczania krwi, i t. d., i t. d. Poseł Szwajcarii p. H. Martin skreślił historię powstania Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i naszkicował sylwetkę jego założyciela Henryka Dunant. Po akademii odbył się ogromny pochód delegacji P. C. K., który udał się do Grobu Nieznanego Żołnierza i do Belwederu.

Najważniejszym momentem uroczystości było złożenie w dniu 11 czerwca. ryngrafu pamiątkowego na Jasnej Górze. W uroczystości tej wziął udział Zarząd Główny P. C. K., liczne delegacje Okręgów, Kół, formacji ratowniczych i pielęgniarskich. Po uroczystym nabożeństwie delegacja PCK z generałem Osińskim, prezesem Zarządu Głównego P. C. K. na czele udała się do cudownej kaplicy, gdzie nastąpił wzruszający akt zawieszenia ryngrafu P. C. K., ofiarowanego jako votum i podziękowanie za dotychczasową działalność P. C. K. Nstępnie gen. Osiński odebrał defiladę formacji i oddziałów P. C. K. trwającą półtorej godziny. Po defiladzie odbyła się w sali Teatru Miejskiego uroczysta akademia, podczas której przewodniczący wygłosił przemówienie pełne ognia i patriotyzmu.

ZMNIEJSZENIE ŚMIERTELNOŚCI PODRZUTKÓW

Dzięki reorganizacji Domu Boduena w Warszawie, śmiertelność przebywających w nim dzieci porzuconych zmniejsza się z roku na rok :podczas gdy w roku 1932 zmarło 544 dzieci, w roku 1938 zmarło ich 125. Takie rezultaty dały się osiągnąć zarówno dzięki przebudowie, przekształcającej stare urządzenia według najnowszych wymogów, jak i dzięki przemienieniu samego charakteru tej instytucji, która z przytułku dla podrzutków stała się nowoczesnym domem matki i dziecka.

POLSKI ZESZYT PRESSE MEDICALE

Jeden z zeszytów znanego paryskiego czasopisma lekarskiego „Presse Médicale“ w całości poświęcony został pracom naukowym polskim. Zredagował go prof. St. Dąbrowski, dziekan wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Poznaniu. Zeszyt zawiera artykuły naszych znakomitych lekarzy, a ozdobiony jest w celach propagandy ilustracjami przedstawiającymi najpiękniejsze fragmenty polskich miast uniwersyteckich.

INSTYTUT REUMATOLOGICZNY

W Ministerstwie Opieki Społecznej odbyło się posiedzenie Sekcji Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, na którym między innymi omawiano projekt utworzenia w Polsce Instytutu Reumatologicznego. Zadaniem jego byłoby przygotowywanie lekarzy-specjalistów, prowadzenie badań naukowych i praktyczna działalność lecznicza i zapobiegawcza.

PÓŁTORA MILIONA NA OŚRODKI ZDROWIA

W bieżącym roku Fundusz Pracy przeznaczył 1.5 miliona na organizowanie ośrodków zdrowia. Ta dotacja pomoże w uruchamianiu nowych ośrodków i pomoże znacznie do realizacji postanowień Izb Ustawodawczych w dziedzinie publicznej służby zdrowia. W chwili obecnej posiadamy 648 ośrodków, których budżety w 66% pokrywane są przez samorządy.

PŁYNNY OWOC

„Życie Lekarskie“ (nr. 13 br.) zwraca uwagę na wartości produkcji „płynnego owocu“ w Polsce. Produkcja ta jest u nas dopiero w stadium początkowym, podczas gdy w innych

państwach jest ogromnie rozwinięta. Konieczne jest poparcie produkcji „płynnego owocu" zarówno przez konsumentów, jak przez władze. Wytwarzaniem tego bezalkoholowego moszczu owocowego winni się zainteresować lekarze, jako produktem stojącym bardzo wysoko pod względem zdrowotnym, a również i związki abstynenckie.

SZCZEPIENIA BCG W RUMUNII

Szczepienia przeciwgruźlicze zapomocą szczepionki BCG są w Rumunii szeroko stosowane. Nie są przymusowe, mimo to jednak większość rodzin sama prosi o ich przeprowadzenie. Szczepień dokonują lekarze, pielęgniarki i położne miejskich i wiejskich urzędów sanitarnych. Szczepienia doustne dzieci są stosowane czterokrotnie: po urodzeniu w ciągu pierwszych 10 dni, w końcu pierwszego roku , w trzecim i siódmym roku. Prócz szczepień doustnych stosowane są również szczepienia podskórne, mające szerokie zastosowanie w wojsku. Lekarze rumuńscy na podstawie znacznego materiału obserwacyjnego (zaszczepiono 448.014 osób, w tym w samym Bukareszcie 2.509 dzieci, z których 1.273 żyje w środowisku gruźliczym) stwierdzają bardzo dobre wyniki szczepień. Autorzy opisują rodziny gruźlicze, w których wszystkie dzieci umierały we wczesnym dzieciństwie, tymczasem po zastosowaniu szczepień dzieci w takich samym warunkach żyją i rozwijają się normalnie.

Podobnie dobrymi rezultatami odznaczają się szczepienia za pomocą BCG w Jugosławii. („Zdrowie Publiczne" nr. 5, 1939).

SILNA WOLA

Jak donosi „Wieczór Warszawski", do szkoły pielęgniarek w Halifax zgłosiła się panna Jean Wyatt, która chcąc zdążyć na otwarcie kursu musiała przebyć dystans ok. 500 km. psim zaprzęgiem.

Panna Wyatt mieszkała w St. Anthony, położonym w niezamieszkałej prawie części Nowej Finlandii, aby dostać się do najbliższej stacji kolejowej w Deer Lake musiała posłużyć się psim zaprzęgiem, gdyż wobec zasypanych śniegiem szlaków i zamarzniętych rzek, auta i łodzie nie mogły do linii kolejowej jej dowieźć. Wraz z koleżanką, również młodą dziewczyną, przez 17 dni odbywały uciążliwą podróż, znosząc wszystkie niewygody, mróz dochodzący do 31 stopni i liczne inne przykrości. Obie panienki nocowały w opuszczonych obozach robotniczych, lub w szopach rozstawionych co kilkadziesiąt mil i wyposażonych w piece, a założonych właśnie dla osób, które muszą przebywać zimą ten dziki kraj. Kierownictwo kursu przyjmując p. Wyatt oświadczyło, że jeżeli potrafi być nadal równie dzielną, to może przynieść zaszczyt swej odznace pielęgniarskiej.

MALARIA

Malaria jest prawdziwą plagą Indyj angielskich. Pochłania ona rocznie przeszło 1½ miliona ofiar, więcej niż cholera, ospa i dżuma razem. Rząd angielski stara się udostępnić leczenie szerokim masom ludności wiejskiej przez popieranie plantacji chinowca.

ETEROMANIA WŚRÓD DZIECI

W powiecie rybnickim w 35 szkołach powszechnych ujawniono wypadki picia eteru. Eter przemycany jest przez granicę polsko-niemiecką, gdyż w Niemczech jest tańszy niż u nas. Na szczęście władze ostatnio rozciągnęły ścisłą kontrolę nad konsumcją eteru w Polsce zarówno dla celów przemysłowych jak i leczniczych.

RTĘĆ W KAPELUSZACH

Doświadczenia przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że z gotowych kapeluszy filcowych można wydobyć nadzwyczaj duże ilości rtęci. Również w powietrzu sklepu z kapeluszami znaleziono znaczne ilości rtęci. Są to ilości tak duże, że mogą wywołać zaburzenia u osób, które są wrażliwe na rtęć. Kapelusze można uwolnić od rtęci przez dłuższe działanie siarkowodoru. Ponieważ rtęć może być obecnie zastąpiona przez nieszkodliwe ciało, przeprowadzający badania powyższe domaga się, by rtęć wyrugowano z przemysłu kapeluszniczego. (Życie Lekarskie nr 7).

50-LECIE INSTYTUTU PASTEURA

W marcu obchodzono w Paryżu 50-lecie istnienia Instytutu Pasteura, kolebki bakteriologii. Wielkie zainteresowanie wywołało przemówienie wnuka wielkiego uczonego, Dr Pasteur-Vallezy-Radot, który zobrazował rozwój wszystkich instytutów pasteurowskich w koloniach francuskich.

UDOSKONALENIE W LECZNICACH PRYWATNYCH

W Berlinie mają powstać komfortowe lecznice prywatne, w których chorzy będą mogli prowadzić leczenie bez przerywania zajęć zawodowych, przyjmując interesantów i załatwiając zlecenia telefonicznie.

NEUROZY WOJENNE

Według lekarza angielskiego Sandiforda, neurozy wojenne tworzą grupę chorób umysłowych i nerwowych, do której należą histeria, neurastenia i zaburzenia umysłowe różnego rodzaju. Znaczenie wojskowe tych chorób polega na tym, że dużo ludzi staje się niezdolnymi do pracy, że łatwo udzielają się otoczeniu, a bardzo często chorych posądza się o symulację, tchórzostwo, a nawet dezercję. Przyczyną chorób są urazy nerwowe, zaburzenia emocjonalne oraz wyczerpanie nerwowe i umysłowe. W większości przypadków jest nadto usposobienie dziedziczne lub nabyte. Neurozy występują najczęściej w okopach podczas ognia huraganowego. Wygląd żołnierzy przypomina wówczas ludzi przestraszonych; następnie mogą wystąpić porażenia, znieczulenie, niedowład. U innych występuje utrudnione mówienie, niemożność skupienia uwagi, nierówne chodzenie. Stan ten przypomina człowieka pijanego. Czasem występuje również bezsenność, melancholia, depresja. Neurozy rozpoczynają się zwykle zmianą usposobienia, polegającą na tym, że człowiek uprzednio odważny staje się apatyczny, spokojny; człowiek spokojny zaczyna być podniecony i rozmowny; staranny staje się niedbałym; uczciwy zaczyna popełniać drobne przestępstwa. Zapobieganie polega przede wszystkim na podniesieniu dyscypliny i sprawności wojskowej, oraz na odpowiedniej zaprawie i selekcji po wcieleniu do wojska. Na froncie trzeba w miarę możności często zmieniać żołnierzy, a poza frontem dawać im odpowiedni odpoczynek. Ciężkie przypadki neuroz należy odsyłać do specjalnych oddziałów nerwowych. Cechami odróżniającymi symulantów od chorych są: czerwienienie się, występowaie potów, przyśpieszona akcja serca, jej niemiarowość, bezsenność, rozwolnienie oraz wielomocz.

Inny lekarz angielski, dr Will dowodzi, że w ostatnich czasach liczba umysłowo chorych żołnierzy zwiększyła się. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że obecnie przyjmuje się do wojska urodzonych w okresie wojny. Są oni specjalnie mało odporni na urazy psychiczne. W szpitalach, gdzie wszelkie troski są od nich odsuwane, szybko odzyskują równowagę umysłową. Duży wpływ na psychikę żołnierza ma lekarz, a jeszcze większy — ksiądz. (Lekarz wojskowy, nr 2, 1939).

WŁASNOŚCI LECZNICZE CZARNYCH JAGÓD

Czarne jagody (w Małopolsce zwane borówkami) są skutecznym środkiem przeciwko biegunce. Najodpowiedniejsze są jagody suche, albo mus. Działanie to jagody zawdzięczają trzem własnościom: ściągającej, adsorbcyjnej i antyseptycznej. Sok ze świeżo wyciśniętych jagód, nieco rozcieńczony wodą, jest również dobrym środkiem do płukania ust, gardła i krtani w stanach zapalnych. („Zdrowie Publiczne“ Nr. 5, 39).

NOWOCZESNE METODY LECZENIA RAN

Podczas wojny hiszpańskiej używano do opatrywania ran minimalnie lekarstw i materiałów opatrunkowych. Rany pacjentów leżących w łóżku były chronione za pomocą klatek metalowych, które, w razie dużej wydzieliny, po wewnętrznej stronie wyścielano gazą, zmienianą w razie potrzeby i nie dotykającą rany. Klatka bywała także wyścielana batystem, albo smarowana maścią cynkową. Metody te odznaczały się doskonałymi rezultatami, a poza tym były bardzo oszczędne. („Życie Lekarskie“ 13. 39).



Kronika Pielęgniarska

ZJAZD PIELĘGNIAREK PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA WARSZAWSKIEGO

Na dzień 31 maja b. r. Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Warszawskiego zwołał zjazd pielęgniarek pracujących w instytucjach Publicznej Służby Zdrowia. W myśl wydanych zarządzeń, każdy powiat delegował jedną pielęgniarkę ze szpitala i jedną z ośrodka zdrowia. Celem zjazdu, który ma powtarzać się co roku, było wskazanie pewnych linij wytycznych, narzucenie pewnych ramowych wymagań pielęgniarkom, pracującym w publicznej służbie zdrowia województwa warszawskiego.

Zjazd odbył się w gmachu Urzędu Wojewódzkiego przy ul. Filtrowej 57 w sali konferencyjnej p. Wojewody. Wszystkie powiaty delegowały swe przedstawicielki, z wyjątkiem pow. garwolińskiego. Ogółem były 92 osoby, w tym 32 zakonnice, około 15 gości zaproszonych, pozostałe — pielęgniarki społeczne.

Otwarcia zjazdu dokonał p. Wice-Wojewoda M. Myśliński, zaznaczając w krótkim przemówieniu cel zjazdu i zadania wielkiej wagi, które specjalnie w chwili obecnej ciążą na zawodzie pielęgniarskim.

Zagajenie wygłosił p. Naczelnik Wydziału dr Leonard Kowarski, podając cały szereg danych liczbowych, wskazując na kolosalne możliwości rozwoju placówek służby zdrowia i na konieczność maksymalnego wysiłku ze strony pielęgniarek w celu objęcia pracą jak najszerszych warstw społeczeństwa.

Wygłoszono następujące referaty:

Praca pielęgniarek województwa warszawskiego za rok 1938 w świetle cyfr — Wojewódzka Instruktorka Pielęgniarek Irena Herbstowa,

Wytyczne pracy pielęgniarek w szpitalach prowincjonalnych — S. Maria Żurawska,

Organizacja pracy w wiejskim ośrodku zdrowia — p. Anna Wielowieyska, Koreferat — p. Kazimiera Smorawińska,

Sprawozdawczość w ośrodku zdrowia — p. Anna Sokołowska.

Wybitnym i zasłużonym uznaniem cieszył się referat Siostry Żurawskiej, dyrektorki Szkoły Pielęgniarek przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego. Na uwagę zasługiwał referat p. Wielowieyskiej, żmudny i pracowity był referat p. Sokołowskiej.

Tak frekwencja jak i rezultaty Zjazdu przeszły oczekiwania organizatorów.

Program Zjazdu i treść referatów obejmował z grubsza całokształt pracy pielęgniarek społecznych w województwie warszawskim. Pierwszy raz powiedziano im jasno, treściwie i wyraźnie, co zrobiły w ostatnim roku, do jakich wyników powinny dążyć i w jakiej formie podawać rezultaty swej pracy do wiadomości publicznej; czego należy unikać, na czym można się oprzeć, by praca dokonana dawała maksimum zadowolenia wykonawcy i pracodawcy.

Świadomość, że wynikiem pracy pielęgniarki terenowej, niejednokrotnie niesłychanie osamotnionej na swej placówce, ktoś się interesuje, będzie najlepszym bodźcem w jej codziennych wysiłkach.

Wydawca w imieniu P. S. P. Z. i Redaktor: Maria Starowieyska.
Adres Administracji: Maria Starowieyska, Kraków, ul. św. Tomasza 37.

Drukarnia Udziałowa w Krakowie, ul. św. Tomasza 37, pod zarządem Romana Ferka.

NOWE WYDAWNICTWA

Adam Bednarski: **Materiały do dziejów medycyny polskiej w XIV i XV stuleciu.** Str. 83. Kraków 1939. Polska Akad. Um.

Dr Aleksander Brodniewicz: **Apteczka okrętowa.** Str. 63 Gdynia 1938. Bibl. Filii Państw. Zakł. Higieny w Gdyni.

Instrukcja dla Położnych. Warszawa 1939. Zarząd Gł. Związku Poł. R. P.

Dr Jan T. Lenartowicz: **Atlas chorób skóry.** 215 rycin z krótkimi objaśnieniami. Str. 160. Kraków 1939. Polska Akad. Um. Karton zł. 20, w oprawie zł. 22.

Prof. Dr Tadeusz Pawlas: **Projekt reorganizacji lecznictwa i walki z chorobami wenerycznymi w ubezpieczalniach społecznych w Polsce. Cz. I. Walka z kiłą.** Str. 35. Warszawa 1939. Rada Naukowo-Lekarska przy Zakł. Ub. Społ.

Uważaj przy pracy — unikniesz wypadku. Str. 63. Warszawa 1939. Bibl. „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy" nr. 6.

NADESŁANE

Ósme roczne sprawozdanie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa za rok 1938.

Jan Szymański: **Poglądy Jędrzeja Śniadeckiego na sprawę alkoholizmu.** Warszawa, 1939, Nakł. „Trzeźwość", cena 30 gr.

Współpraca wojska i organizacyj cywilnych w zwalczaniu gruźlicy. Referaty wygłoszone podczas V Zjazdu Naukowego Oficerów zdrowia w Poznaniu. Warszawa 1939.

Rozpoznawanie i zwalczanie jaglicy. Zbiór referatów wygłoszonych na I Zjeździe Trachomatologów 8 grudnia 1936 r. w Warszawie; pod red. Dr. M. Zacherta: Warszawa 1939. Wyd. „Przeglądu Trachomatologii i Okulistyki Społecznej".

Bronisław Krakowski: **W trosce o jutro.**

Ks. dr Stefan Wyszyński: **Przemiany moralno-religijne pod wpływem bezrobocia.** Włocławek 1939.

Prof. dr Marcin Fassbender: **Królewski kunszt woli.** Cykl: Zagadnienia Wychowawcze. Ks. św. Wojciecha — Poznań 1937.

Uwaga: Książek i broszur, wymienionych w rubryce „Nowe wydawnictwa" oraz „Nadesłane", Administracja Czytelnikom nie rozsyła. Należy je kupować w danym wydawnictwie lub większych księgarniach (Gebethner i Wolf, Księgarnia św. Wojciecha i t. d.).